

**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiatria***  
Relatório de Estágio

**Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença  
Mental Grave**

**Filipa Margarida Pinheiro da Felícia**

**Lisboa**  
**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiatria***

Relatório de Estágio

***Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença  
Mental Grave***

**Filipa Margarida Pinheiro da Felícia**

Orientador: Professora Luísa d'Espiney, PhD

**Lisboa**  
**2016**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Luísa d'Espiney, pela disponibilidade demonstrada na orientação e acompanhamento deste trabalho, pelos momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Céu pelo apoio, pelos conhecimentos que me transmitiu, dedicação e vontade de imprimir mudança, uma inspiração.

À Enfermeira Isabel pelo apoio, conhecimentos que me transmitiu, o incentivo, calma e tranquilidade.

À equipa multidisciplinar do S. de Internamento, pela partilha e suporte oferecido, pela colaboração e pelos seus ensinamentos, essenciais para o meu crescimento.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Mental Comunitária, pela partilha e suporte, contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos Doentes e Famílias aos quais prestei cuidados, pela partilha das suas vivências e sem os quais este percurso não era de todo possível.

À minha amiga Cláudia pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida e especialmente nos momentos difíceis, pela força que me transmitiu para terminar este projeto.

À minha família, em particular aos meus pais, pelo carinho e apoio incondicional de sempre, mas que teve um gostinho especial, nesta fase da minha vida...

A todos vós, o meu sincero Bem-Haja!

"Like the elephant, we are unconscious of our own strength. When it comes to understanding the power we have to make a difference in our own lives, we might as well be asleep. If you want to make your dreams come true, wake up. Wake up to your own strength. Wake up to the role you play in your own destiny. Wake up to the power you have to choose what you think, do, and say."

Keith Ellis, Bootstraps

## RESUMO

Prestar cuidados a uma pessoa com DMG é inexequível sem ter em conta todo o seu contexto individual, familiar e social.

Com o intuito de compreender o processo de adoecer mental no indivíduo e família na DMG e de compreender a abordagem do EESMP à pessoa e família, realizei um estágio que decorreu em dois contextos: num Serviço de internamento e numa Unidade de Saúde Mental Comunitária.

Integrada nas equipas, participei nas diferentes atividades desenvolvidas nos dois locais, particularmente no apoio à família de forma individual e em grupo. A participação em dois grupos distintos, Grupo de Suporte Familiar e Grupo Psicoeducativo, permitiu-me perceber que para uma intervenção à família torna-se necessário que esta tenha um espaço onde possa livremente expor os seus problemas e dificuldades e sentir-se acompanhada pelos seus pares e por um profissional de saúde que para além de um suporte emocional seja também transmissor de conhecimentos sobre a doença, o tratamento, as estratégias comunicacionais, resolução de problemas e sobre recursos da comunidade que estão ao dispor. Com isto os familiares conseguirão com mais facilidade criar estratégias de *coping* que lhes permitirá reformular a sua vivência com a DMG.

O trabalho desenvolvido com as famílias permitiu-me constatar que a família não pode ser descurada de uma intervenção terapêutica, sob o risco do adoecer mental se estender do doente para toda a família.

Torna-se necessário que os serviços procurem da mesma forma que cuidam da pessoa doente, cuidem a família contribuindo para que adquira capacidades e competências para a vivência com a DMG do seu familiar, constituindo-se como um recurso para este e protegendo-se como unidade familiar.

Este percurso possibilitou-me também o desenvolvimento de competências como EESM.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de Saúde Mental; DMG; Adulto; Família; Intervenções.

## **ABSTRACT**

Provide care to a person with several mental illness (SMI) is infeasible without taking into account their whole individual, family and social context.

In order to understand the process of becoming mental ill in the individual and family in the SMI and to understand the approach of EESM to the person and family. I performed a stage held in two contexts: an Inpatient Service and a Unit of Community Mental Health.

Integrated into teams, I participated in different activities in both locations, particularly supporting the family either individually or groups. Participation in two groups, Group Family Support and Psychoeducational Group, allowed me to realize that an intervention in family for a family needs a space where you can freely air their problems and difficulties and feel accompanied by their peers and by a health professional that provides emotional support also transmitted knowledge about the disease, treatment, communication strategies, problem solving and community resources that are available. With this family, will be able create coping strategies with more ease allowing them to reframe their experiences with SMI.

The work with families allowed me to see that the family can not be neglected from a therapeutic intervention, at the risk of mental sick extending from the patient to the whole family.

It is necessary that mental health services look the same way you take care of the sick person, take care of the family contribute to acquiring skills and competences for the experience with SMI your family, establishing itself as a resource for this and protecting them as family unit.

This route also allowed me to develop skills as EESM.

**Keywords:** Mental Health Nursing; DMG; Adult; Family; Interventions.

## **SIGLAS**

APA – American Psychiatric Association

CCE – Comissão Europeia

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNRSSM – Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental

DGS – Direção Geral da Saúde

DMG – Doença Mental Grave

DMHSAS – Department of Mental Health and Substance Abuse Services

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EE – Emoção Expressa

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

IPF – Intervenções Psicoeducativas Familiares

NSDUH – National Survey on Drug Use and Health

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PAA – Projeto de Apoio ao Ambulatório

RAA – Relatório Anual de Actividades

RCEEESM – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental

RPQCEEESM – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

SAPE® – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TO – Terapeuta Ocupacional

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

USMC – Unidade de Saúde Mental Comunitária



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1. A FAMÍLIA E A DOENÇA MENTAL GRAVE</b>	16
<b>1.1 A Pessoa com Doença Mental Grave</b>	17
<b>1.2 A família e a doença: o significado que a família atribui à doença mental</b>	18
<b>1.3 O impacto emocional da DMG na família</b>	24
<b>2. A PRÁTICA DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL</b>	29
<b>3.1 Intervenção à pessoa com Doença Mental e Família no Internamento</b>	31
3.1.1 Caracterização do Serviço de Internamento	31
3.1.2 Atividades Desenvolvidas	34
<b>3.2 Intervenção à pessoa com Doença Mental e Família na Comunidade</b>	40
3.2.1 Caracterização da Unidade de Saúde Mental Comunitária	40
3.2.2 Atividades Desenvolvidas	41
<b>4. INTERVENÇÃO FAMILIAR NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE</b>	48
<b>4.1 O estado da Arte</b>	48
<b>4.2 Grupos de Famílias</b>	55
4.2.1 Modelo de Intervenção no Internamento: Projeto de Grupo de Suporte Familiar de pessoas com DMG	55
4.2.2 Modelo de Intervenção na Comunidade: Grupo Psicoeducativo para Familiares de Pessoa com DMG	58
4.2.3 Análise da vivencia nos modelos de intervenção em Grupos de Famílias	61

<b>5. AS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS COMO EESM</b>	<b>73</b>
---	-----------

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>76</b>
------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>79</b>
-----------------------------------	-----------

## **APÊNDICE**

Apêndice 1: Sessão – Adesão à Terapêutica

Apêndice 2: A Doença Mental: Guia Orientador para a Família

Apêndice 3: Estudo de Caso I

Apêndice 4: Grupo Psicoeducativo para Familiares da Pessoa com Doença Mental Grave

Apêndice 5: Estudo de Caso II

Apêndice 6: Visita a uma Unidade Sócio-ocupacional e a um Fórum Sócio-ocupacional

Apêndice 7: Elementos de Comparação entre os dois grupos: Grupo de Suporte Familiar e Grupo Psicoeducativo para Familiares de Pessoa com DMG

Apêndice 8: Jornal de Aprendizagem

## LISTA DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1:</b> Comparação de algumas características das Intervenções Familiares na DMG (adaptado) Gonçalves- Pereira et al (2006).	52
<b>Quadro 2:</b> Temas abordados pelos familiares nos grupos.	61

## INTRODUÇÃO

Estudar a família na Doença Mental Grave (DMG) surgiu de uma necessidade enquanto pessoa e enfermeira, uma vez que considero, de acordo com a minha experiência profissional que família e pessoa com doença, se influenciam mutuamente e que a doença afeta a pessoa, mas também a família.

A minha experiência enquanto enfermeira há alguns anos em Unidade de Cuidados Intensivos de adultos (UCI), mostrou-me que muitas vezes a família é descurada nos cuidados. Dada a gravidade da doença, o enfoque é colocado na pessoa doente que na maioria das vezes não se encontra capaz de manifestar as suas necessidades, sendo o enfermeiro, enquadrado numa equipa, responsável pela substituição da pessoa doente na satisfação das mesmas, trabalhando com base na melhor evidência científica para que a pessoa possa restabelecer a sua saúde ou ter uma morte digna. Esta realidade de afastamento da família fez com que me despertasse para a sua importância e influência nos cuidados. Dada a necessidade de realização de um estágio de internamento num serviço de Psiquiatria para aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental (EESM), pareceu-me que seria de todo o interesse estudar a família da pessoa adulta com DMG.

Através de conhecimentos adquiridos sobre as diretivas internacionais e nacionais no processo de desinstitucionalização da pessoa com DMG que se pretende como se assinala na “Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental”, publicada pela Direcção-Geral da Saúde, em 2004, “a tendência internacional, em particular nos países da União Europeia e da América do Norte, tem sido para a redução dos hospitais psiquiátricos, através da diminuição das suas lotações e do seu progressivo encerramento ou reconversão para outras áreas de saúde ou sociais”. A OMS, no Relatório Mundial de Saúde, de 2001, dedicado à saúde mental, incentiva os países desenvolvidos a: encerrar os hospitais psiquiátricos, desenvolver residências alternativas, desenvolver serviços na comunidade, e prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves. Na Declaração Europeia de Saúde Mental, assinada pelo Governo português, em Helsínquia, em 2005, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, a “desenvolver serviços baseados na comunidade que substituam os cuidados

prestados em grandes instituições a pessoas com problemas de saúde mental graves.”

A criação em 2006 da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa, entre outros objetivos, “promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias” (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de março, p.1395).

Por outro lado, o reconhecimento de que a família se constitui como uma unidade estrutural de apoio à pessoa com doença mental e que a prevalência da doença mental nas famílias é elevada, segundo as estimativas da OMS (2001, p.22) “uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente de uma perturbação mental ou comportamental”. Neste quadro é perceptível que pelo menos 25% das famílias têm um familiar com doença mental. Na grande maioria das situações, por cada pessoa com doença mental, existe uma família cuidadora, que pelo seu conhecimento e experiência no dia-a-dia, é um recurso importante nos cuidados à pessoa com doença mental.

Com esse intuito surgiu-me a questão: que intervenções de enfermagem podem ser feitas à família da pessoa adulta com DMG? Assim como a pessoa tem que ser cuidada neste processo de doença, a família não pode ser descurada dos mesmos cuidados e também esta tem que ser alvo de cuidados. Esta foi a minha principal motivação na realização deste projeto.

Para tal, estabeleci como objetivos: compreender a pessoa com DMG e estabelecer intervenções como EESM e avaliar as mesmas; conhecer a família da pessoa com DMG, compreender a influência da doença sobre a mesma e analisar as intervenções do EESM à família; Compreender a abordagem do EESM à família na DMG para adquirir competências como EESM na minha área de intervenção (UCI); conhecer os recursos no apoio à família da pessoa com DMG e a forma como são utilizados pelo EESM no apoio efetivo à família; Desenvolver competências de EESM para obtenção do título de EESMP.

Escolhi como modelo orientador da minha prática, o modelo teórico de Betty Neuman, uma vez que a sua abordagem sistémica permite um olhar sobre

a pessoa como sistema e sobre a envolvimento de todos os sistemas que a influenciam e são influenciados por esta.

Depois de um projeto de estágio em que fundamentei a pertinência desta temática, com base na pesquisa do estado da arte sobre a mesma, realizei um estágio onde procurei conhecer a pessoa com DMG e sua família em dois contextos distintos: no contexto de internamento e comunitário. Procurei também conhecer quem são estas pessoas, como é a relação familiar, as dificuldades, estratégias e recursos que têm enquanto família para enfrentar a DMG no seu familiar. Por outro lado, conhecer o apoio da equipa de saúde, e especificamente do enfermeiro à família da pessoa com DMG. Para isso, várias foram as metodologias utilizadas: a pesquisa, a observação, a entrevista ao doente e família, a realização de estudos de caso, a intervenção à pessoa e família de uma forma individual e intervenção em grupos com supervisão do EESMP.

Descurar a família e todo o envolvente da pessoa com DMG parece-me uma falha cujas consequências se traduzem em sofrimento para pessoa com doença e para as pessoas que lhe estão mais próximas, que são na sua maioria das vezes a família.

Daí a necessidade urgente de intervenção à pessoa doente e à sua família. Este percurso surge como um despertar para uma realidade até agora pouco conhecida pela minha prática, da importância fundamental de cuidados à família para que esta possa potenciar os recursos que tem e criar estratégias de forma a poder estruturar-se enquanto família e ser desta forma um recurso para a pessoa doente, mantendo-se como unidade familiar.

O meu estágio possibilitou-me tomar consciência da especificidade de cada pessoa doente e de cada família e de como é necessária uma abordagem individual para um apoio mais efetivo e por outro lado a observação e interação de famílias em grupos com necessidades comuns (familiar com DMG).

Tive oportunidade de assistir a dois grupos de famílias o que me possibilitou uma visão mais global do que pode ser o cuidado do EESMP à família: grupo de suporte familiar e grupo psicoeducativo. Embora tenham sido duas abordagens diferentes em ambos é possível reconhecer as necessidades

e as dificuldades da família da pessoa com DMG, com isso perceber a necessidade que estes têm de apoio e por outro lado compreender que as famílias são também portadoras de recursos que devem ser potenciados para uma maior efetividade de cuidados.

Esta participação nos grupos possibilitou-me o encontro com familiares com recursos e potencialidades que a vivência de anos com a DMG dos seus familiares lhes trouxe, mas por outro lado permitiu-me identificar muitas dificuldades em lidar com a doença mental, a exaustão e a elevada sobrecarga emocional que quase os impossibilitam de ser eles próprios.

Com um abandono da sua vida, vivendo em função de um familiar com uma DMG e totalmente desacreditados dos recursos existentes (porque estes por vezes não estão a servir as suas necessidades enquanto familiares de pessoa com DMG) deparei-me com uma questão: será que estamos a cuidar destas pessoas a quem de certa forma exigimos que cuidem dos seus familiares com doença mental? E a resposta, na generalidade, pelo que assisti na interação com as várias famílias com as quais estabeleci uma relação diz-me que não, caso contrário não ouviria comentários de familiares como: *“eu pus o meu filho à porta porque o meu filho deu-me uma tarefa...”* sic. (a ameaça que sentiu na segurança da sua própria vida obrigou-a a não permitir que o seu filho entrasse em casa). A dificuldade em fazerem-se ouvir pelos técnicos transparece em frases como *“como o M é que era doente...eu não era ouvida”* sic. ou uma mãe que manifesta que as estruturas de apoio não funcionem como precisa *“eu não me sinto nenhuma infeliz nem nenhuma desgraçada...eu sinto-me...impotente...”* sic.

E aqui percebi a relevância do trabalho desenvolvido pelo EESMP na intervenção a estas famílias de forma a capacita-las para que possam fazer o luto da pessoa que era antes do aparecimento da doença, a lidar com esta nova pessoa que a doença lhes apresenta, ajudando-os a cuidar de si próprios enquanto pessoas e enquanto família. Esta experiência de prática com familiares de pessoas com DMG veio confirmar na prática o que muito já se tem explicado através da evidência científica, que uma intervenção à pessoa com DMG só se poderá tornar mais efetiva quando engloba a família no seu contexto (Brito, 2011;

Grácio 2014). Esta não pode ser descurada dos cuidados sobre o risco elevado que tem de adoecer mentalmente.

Eugéne Ionesco (1962, p. 197), dramaturgo romeno refere que “Devemos escrever para nós mesmos, é assim que poderemos chegar aos outros”, foi com base nestas palavras, que elaborei o meu relatório. Por ser um relatório que reflete um percurso, a metodologia foi descritiva, comportando uma análise reflexiva sobre a prática de cuidados, que contribua para o meu crescimento pessoal e profissional, refletindo sobre a prática de cuidados. Com este relatório pretendo conceptualizar e avaliar as atividades por mim desenvolvidas nos dois contextos de estágio, avaliar as intervenções realizadas em termos de ganhos em saúde para o doente, família e/ou comunidade em que se encontra inserido e refletir sobre este percurso e sobre as competências por mim adquiridas que me permitem o título de EESMP.

Este relatório segue a seguinte estrutura: após a introdução, começo por fazer uma revisão da literatura sobre o conceito de família, de pessoa com doença mental grave sobre o significado que a família atribui à doença e o impacto emocional da mesma sobre a família. Em seguida apresento os locais onde realizei estágio bem como as atividades por mim desenvolvidas. Destaco as intervenções à família, onde depois de uma revisão da literatura apresento os dois modelos de intervenção em que participei no contexto de estágio. Analiso as duas experiências e por último descrevo as competências adquiridas durante o estágio. Na conclusão reflito sobre todo este percurso.



## **1. A FAMÍLIA E A DOENÇA MENTAL GRAVE**

O conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e / ou religioso entre outros aspetos. As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos fazem surgir uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição. De acordo com Relvas (2004) e Townsend (2011), existem muitas formas de famílias atualmente na nossa sociedade, como: a biológica de procriação, a nuclear que incorpora um ou mais membros da família alargada (família de origem), a de progenitor único, a adotiva, a comunal e o casal ou família homossexual. Para Townsend (2011), caracterizar indivíduos como “famílias” com base na composição do grupo pode não ser o melhor método, pelo contrário, uma família pode ser mais bem caracterizada com base nos atributos de afeição, fortes laços emocionais, sentimento de pertença e durabilidade de associação (Wright e Lehey, 2011).

Seja qual for o tipo de família que encontrarmos “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais” (Relvas, 2004 p.14). De acordo com Figueiredo (2013), Whall e Fawcett em 1991, identificam como atributos do conceito de família: um sistema ou unidade social autodefinida pelos seus membros, não constante, ou seja mudança e desenvolvimento são-lhe inerentes; os seus membros podem ou não estar relacionados por nascimento, adoção ou casamento e podem ou não viver sob o mesmo teto; a unidade pode ou não ter crianças dependentes; é necessário haver compromisso e afeto entre os seus membros que se desenvolve ao longo do tempo e têm um projeto futuro; a unidade leva a cabo funções de cuidar, ou seja, proteção, sustento e socialização dos seus membros.

Wright e Leahey (2011) consideram que aceitar a afirmação de que família é quem os seus membros dizem que são permitirá respeitar as ideias dos indivíduos, membros da família no que respeita a relacionamentos significativos e experiências de saúde / doença.

Para Relvas (2004) a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos, com as alterações

decorridas ao longo dos tempos no seio familiar, existindo vários tipos de organização familiar, defendendo que as famílias estão rodeadas por fronteiras, por limites, que à semelhança de membranas semipermeáveis permitem a passagem seletiva da informação, tanto entre a família e o meio como entre os diversos subsistemas familiares.

### **1.1 A Pessoa com Doença Mental Grave**

A DMG designa toda a doença psiquiátrica que, fruto das suas características e evolução clínica, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade de uma pessoa, comprometendo nomeadamente as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio ambiente e participar na vida social (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro).

De acordo com Marsh (1998) tradicionalmente DMG é definida em termos de diagnóstico, duração e incapacidade. No que diz respeito ao diagnóstico são considerados a esquizofrenia, perturbação bipolar e depressão maior, com uma duração persistente de pelo menos um ano e que resulta num sério prejuízo nas maiores áreas de funcionamento tanto a nível de capacidades individuais como nas relações sociais.

Analisando as definições do DMHSAS: Oklahoma (2015), Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS (2009), National Survey on Drug Use and Health (2013) ao longo do tempo tem-se procurado criar critérios mais específicos para a definição de DMG, dando-se menos ênfase à duração da doença e procurando dar-se mais ênfase ao grau de funcionalidade com a introdução de escalas para avaliação do mesmo.

De acordo com Rosa e Temotio (2013) a definição de DMG não é consensual, e os diagnósticos considerados DMG segundo CID-10 são: esquizofrenia, transtorno esquizotípico, transtorno delirante persistente, transtorno esquizoafetivo, outros transtornos psicóticos não orgânicos, transtorno afetivo bipolar, depressão maior com sintomas psicóticos e transtorno obsessivo-compulsivo. De acordo com Wang et al. (2002), os doentes com DMG têm como características mais comuns: dificuldade de enfrentar situações de

stress; incapacidade de lidar com situações sociais e relações interpessoais de forma adequada; grande dificuldade na resolução dos problemas do dia-a-dia; dificuldade, inadequação na tomada de decisões vitais; deficiência organização e autonomia do seu ambiente doméstico, residencial, atividades nas quais não participam ou o fazem de forma desestruturada; deficiente organização dos tempos livres e um leque de interesse pequeno; estão desempregados ou têm dificuldade em manter-se num trabalho; não têm um papel social próprio da sua idade, trabalhador, estudante, etc. tem um escasso apoio familiar, instabilidade ou flutuação nas relações, vivendo frequentemente situações de conflito familiar; restrita rede de relações; fazem pouco uso dos recursos sociais, desportivos, culturais e outros e sofrem de isolamento social e/ou deterioração do funcionamento com longos anos de evolução.

## **1.2. A família e a doença: o significado que a família atribui à doença mental**

De acordo com Marsh (1998) com base no modelo de Rolland, para perceber o impacto da doença mental na família é necessário compreender que dentro de um ciclo individual e familiar, em situação de doença, há que enquadrar um outro ciclo, o ciclo de doença, que interage de forma dinâmica com os outros ciclos, só assim se percebe que o impacto da doença a nível familiar é diferente se a pessoa doente é uma criança, um adolescente, um adulto ou idoso.

Marsh (1998) identifica, de acordo com o modelo de Rolland, 4 momentos no ciclo de doença mental na família:

- O começo: representa um contínuo que varia de aguda para crónica. A doença com um início súbito confronta a família com uma busca pressionada de adaptação enquanto que um início gradual permite um período de ajustamento familiar. Na doença mental o início pode ser súbito ou gradual como pode ter episódios subsequentes. Um início súbito causa um intenso stress sobre os membros da família que procura lidar com um evento imprevisto e perturbador, um início gradual pode colocar problemas à família que falha em reconhecer a emergência da doença. No entanto dadas as circunstâncias particulares da doença, pelo menos periodicamente famílias são suscetíveis de enfrentar

condições de crise, a busca urgente de adaptação e o aumento de stresse e perturbação familiar.

- O curso: que pode ser progressivo, constante e recorrente/ episódico.

Respondendo à imprevisibilidade do curso da doença mental, os membros da família têm que lutar, muitas vezes simultaneamente, com crises recorrentes, e frequentemente com transição e adaptação e com a incerteza e exaustão. Apesar de poderem existir períodos de um relativo normal funcionamento familiar, o espectro de recorrência da doença pode deixá-los sentir-se compelidos a manter uma estrutura de crise. Apresentam também stresse na resposta à discrepância entre a normalidade que caracteriza os períodos de remissão e a desintegração que acompanha a descompensação. O curso variável da doença e a incerteza é o que causa o maior impacto nas famílias.

- Os resultados: esta dimensão é também caracterizada por uma significativa variabilidade com o potencial para a total recuperação, recuperação parcial ou não recuperação. Particularmente, no início da doença é impossível prever o resultado, assim, todos os membros se mantêm numa espécie de prognóstico limbo, esperando a recuperação, mas temendo a recaída.

- As incapacidades: que inclui o prejuízo atual e o estigma social. Na DMG a natureza e o grau de prejuízo varia com a categoria de diagnóstico, o diagnóstico específico para um determinado indivíduo ao longo do tempo e com isso pode condicionar determinados graus de incapacidade e maior ou menor exigência para a família. Por outro lado, existe também o risco de incapacitação resultante do estigma que segundo a autora é experimentada com uma sobrecarga tão grande como a doença mental em si.

Hatfield e Lefley (1987) consideram que o significado que a família atribui à doença e a forma como esta a afeta depende essencialmente de três aspetos: o local onde o doente vive, quem assume a responsabilidade por lhe prestar cuidados e o significado da doença para a família e, especialmente, a forma como esse significado é influenciado pelas teorias etiológicas predominantes e o grau de compreensão, compaixão e suporte oferecido pela comunidade.

Segundo Terkelsen (1987), o aparecimento da doença é invariavelmente desastroso para toda a família e todos são vítimas do acontecimento e das suas

sequelas, todos sem exceção são afetados, na sua forma de estar, atitudes e sentimentos.

A aceitação da doença mental pela família pode ser um processo mais ou menos conturbado, variando de família para família e, mesmo assim, poderá não ser uniforme na própria família. Dependendo do elemento afetado e do seu papel no seio familiar, poderão surgir dúvidas e dificuldades relacionadas com a repercussão da doença. Ao nível dos progenitores ou cuidadores é comum a existência de frustrações relacionadas com as expectativas fracassadas com o futuro da pessoa com doença mental. (OMS, 1998).

Apesar de cada família ser única e ter uma resposta própria às dificuldades que vão surgindo durante o seu ciclo de vida, há um certo padrão, não só no impacto que a doença provoca na família, como também na forma como esta desenvolve estratégias e mecanismos de *coping* ao longo de todo o processo de adaptação à nova realidade.

De acordo com Lefley e Watson (1994) as famílias enfrentam múltiplos stressores ao lidar com pessoas com DMG que torna difícil a convivência com os mesmos: a DMG manifesta-se por comportamentos oscilantes e pela imprevisibilidade, exigência, comportamentos abusivos, dificuldade em cumprir o tratamento, dificuldade em gestão do dinheiro, distúrbios domésticos, má higiene pessoal, padrões de sono revertidos, e situações de embaraço social. Assim as famílias necessitam de aprender a lidar com o comportamento da doente e as suas reações, balancear as necessidades da doente com a de cada um dos seus membros, perceber quando as expectativas são muito altas ou muito baixas e conhecer quando e como impor limites. Com tudo isto tem que lidar com injustificáveis sentimentos de culpa, lidar com a sua raiva, aceitar o sofrimento da pessoa que amam e evitar ser oprimido pela dor empática. A família deve conhecer as fronteiras entre as suas fantasias de resgate do outro e ao mesmo tempo não abandonar a esperança.

De acordo com Atkinson e Coia (1995), estas respostas refletir-se-ão numa atitude que, indiretamente, é também influenciada por um sistema de crenças que, em parte, deriva da cultura popular e, numa visão mais lata, da postura da sociedade face à doença mental, denotando-se geralmente, uma consonância entre as crenças dos familiares e as da população em geral.

Lafley e Watson (1994) as pessoas numa situação de doença mental não sofrem só no seu privado o terror dos sintomas da doença, mas também no domínio público as sequelas psicológicas e sociais de serem rotuladas de doentes mentais. Para muitos isto significa ter que aprender a superar um estigma social e uma auto-estigmatização decorrente da dependência de outros para realizarem o tratamento e, no fundo, para sobreviverem.

Para os familiares, os efeitos adversos do estigma podem incluir uma diminuição da auto-estima e uma rutura das relações familiares, para além de terem um maior risco de auto-estigmatização, o que pode ter como consequência um aumento do isolamento social e um sentimento de vergonha face ao seu familiar doente (Marsh, 1998). De acordo com a mesma autora, o estigma, na perspetiva dos doentes e seus familiares é o componente mais opressivo da chamada sobrecarga familiar. Este conceito surgiu, de certa forma, para designar aquilo que muitos investigadores consideravam ser o impacto devastador da doença mental na família. Ter um familiar com doença mental implica entrar no mundo do estigma, este é transversal a toda a família. As famílias conhecem muito bem o peso que a doença mental tem na sociedade, eles próprios são fruto de uma cultura comum. Tendo este conhecimento e no sentido de evitarem o peso do estigma, os familiares tendem a isolar-se, as redes de suporte social vão diminuindo e o stresse vai aumentando (Rose, *et al.*, 2004).

Viver com uma DMG, é difícil e confuso, tanto para quem dela sofre como para a sua família. As famílias afetadas por esta situação, necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença e saber como lidar com a sintomatologia e as suas repercussões no dia-a-dia (McFarlane, *et al.*, 2003).

Grande parte das pessoas com DMG depende das suas famílias para terem apoio emocional, prático e financeiro. O grau de dependência das pessoas com doença mental está relacionado com a severidade da doença, características pessoais e competências desenvolvidas antes do aparecimento da doença. A família tende a reorganizar-se em torno das necessidades da pessoa com doença mental, com o objetivo de satisfazer ou minimizar essas necessidades, esquecendo-se das suas próprias necessidades.

Inicialmente, a família consegue minimizar ou satisfazer as necessidades da pessoa com doença mental. No entanto, progressivamente, por auto-

limitação e uso de estratégias disfuncionais, a família vai perdendo capacidade de resolver os problemas, o que se vai refletir no padrão de relacionamento intra-familiar. A qualidade das relações familiares influencia grandemente o ambiente intra-familiar (Dixon, *et al.*, 2001).

As necessidades dos familiares cuidadores estão relacionadas com a repercussão que a doença mental tem indiretamente para si, ou seja, através da sobrecarga. De acordo com a sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores, as necessidades sentidas estão relacionadas com a saúde, bem-estar e necessidades básicas de funcionamento (Meijer, *et al.*, 2004).

Com o passar do tempo, os problemas decorrentes do dia-a-dia, práticos e funcionais, vão-se acumulando, agravando e as estratégias para lidar com estes problemas tornam-se cada vez mais ineficazes. A existência de uma pessoa adulta com doença mental, sem emprego, com gastos consideráveis em medicação, alimentação e consumos variados vem agravar a situação financeira.

Sozinhas, as famílias têm necessidade de informação e do apoio profissional para as ajudar a lidar com os problemas decorrentes da doença mental. A falta de ocupação das pessoas com perturbação mental é outra necessidade apontada pelos familiares cuidadores e pelos próprios visados (Adamec, 1996).

O tempo para si próprio é uma das necessidades mais prementes dos familiares cuidadores de pessoas com doença mental, necessário ao seu equilíbrio emocional e físico. Este processo sentido pelos familiares cuidadores de pessoas com doença mental, pode ser designado por sobrecarga ou *burden* e representa uma acumulação de tensão resultante do diferencial entre as situações de stresse e as estratégias e *coping* da família (Magliano, *et al.*, 1998, McFarlane, 2002, Yacubian e Neto, 2001).

Alguns autores afirmam existir uma relação causal, diretamente proporcional, entre a doença mental e a sobrecarga familiar sentida (Magliano, *et al.*, 2002).

O aumento constante da sobrecarga vai conduzir progressivamente os familiares cuidadores para um processo de depressão, ansiedade e doenças psicossomáticas (OMS, 1998, Rose, *et al.*, 2004).

A sobrecarga familiar pode ser classificada em sobrecarga objetiva ou sobrecarga subjetiva (McFarlane, 2002). A sobrecarga objetiva refere-se a problemas decorrentes da parte funcional, como as disrupções nas relações familiares, constrangimentos sociais, dificuldades financeiras e não ter tempo para atividades de lazer. A sobrecarga subjetiva descreve as reações psicológicas que os familiares cuidadores experimentam, tais como os sentimentos de perda, depressão, ansiedade e embaraço em situações sociais (McFarlane, 2002; Bandeira, 2007).

A literatura sugere que a sobrecarga muda ao longo do tempo, podendo ser influenciada pela sintomatologia do doente, fase da doença, estratégias de *coping* familiares e necessita de intervenções específicas para melhorar (Magliano, *et al.*, 2000). Por outro lado, alguns estudos indicam que a sobrecarga é inversamente proporcional ao tamanho e qualidade da rede social de apoio. Isto é, quanto maior e melhor for a rede social de apoio, menor será a sobrecarga sentida pela família (McFarlane, 2002).

A família passa também por um processo de adaptação que de acordo com Marsh (1998) envolve a aceitação da doença mental e reconhecimento do seu significado para a família, adaptação para as alterações das circunstâncias familiares, aquisição de conhecimentos e competências pertinentes, e a resolução da sobrecarga emocional. Para o autor um dos modelos mais utilizados para conceptualizar a adaptação familiar a eventos stressantes é o Modelo ABCX que inclui quatro componentes:

- A- Eventos da vida familiar: que inclui a DMG e stressores anteriores ou em simultâneo que podem esgotar a energia familiar;
- B- Recursos familiares: que incluem variáveis pessoais, familiares e sociais que podem facilitar o *coping* e a adaptação;
- C- Avaliação familiar: conjunto coletivo de crenças sobre o stressor e que pode ou não ser traumatizante sobre a família em particular;
- X- Adaptação familiar: medido pela eficácia do *coping* (estratégias de *coping*) das famílias, sensação de bem-estar e satisfação e nível de angústia.

Para Marsh (1998) de acordo com Theresa Rando, normalmente o processo de adaptação compreende de forma abrangente três fases: negação, confrontação e restabelecimento, mas para o autor o processo de adaptação



familiar na DMG é muito complexo e diferente para cada família com reviravoltas provocadas pelo processo de doença assim como ganhos adquiridos ao longo do tempo.

Desta forma Marsh (1998) refere que família assim como o doente podem experienciar o *recovery*, sendo este um processo de auto-descoberta, auto-renovação e transformação que é caracterizado por mudança de atitudes, sentimentos, percepções, crenças e comportamentos.

### 1.3 O impacto emocional da DMG na família

O impacto emocional da doença mental na família pode ser analisado de acordo com quatro tipos de ameaça (Hatfield, 1990): a ameaça da perda e da privação; a ameaça da auto-estima; a ameaça da segurança e a ameaça da integridade e da esperança.

No que se reporta à **ameaça da perda e da privação**, o conceito de perda reporta-se a um estado de privação ou de não ter alguma coisa que se tinha. Hatfield (1990) refere que a incapacidade de uma pessoa com doença crónica pode resultar na perda de algumas características dessa pessoa, como uma qualidade especial ou um atributo que lhe conferia gratificação. Muitas destas alterações são características da sintomatologia da doença, mas muitas vezes são interpretadas pelos familiares como alterações na personalidade do doente em vez de uma consequência da doença propriamente dita.

Para Lefley (1996) as famílias de pessoas com doença mental experienciam sentimentos de dor e luto muito semelhantes aos das pessoas que têm perdas reais, como por exemplo, a morte de um familiar, havendo uma rutura das expectativas e dos sonhos, planos e desejos que se alimentavam face à doente. Segundo Marsh (1998) estes sentimentos de luto podem ser relativos ao familiar que eles conheciam antes da doença, ao sofrimento de toda a família e às suas perdas pessoais ao longo do tempo.

Hatfield (1990) refere que as reações emocionais subjacentes à perda são a dor, pena, tristeza, angústia, depressão, medo, ansiedade, nervosismo, agitação, pânico, raiva, descrença, negação, choque e vazio. Muitas vezes, o familiar pode ter dificuldade em aceitar este tipo de sentimentos que desenvolve

face ao seu ente e, como consequência, tende a desenvolver sentimentos de culpa e vergonha.

Relativamente à **ameaça da perda da auto-estima**, no envolvimento com pessoas que estão a viver e enfrentar sérios desafios de adaptação, a auto-estima deve ser uma das prioridades a serem abordadas e trabalhadas, no sentido de se manter intacto o sentido de competência. A perda de uma auto-imagem satisfatória conduz à ansiedade, vergonha e sentimento de culpa.

Os sintomas pelos quais as pessoas são diagnosticadas com uma doença mental constituem-se como fontes de vergonha para muitos dos seus familiares. As habilidades sociais de uma pessoa com doença mental poderão estar comprometidas, bem como as capacidades e intenções de contacto social revelar-se desadequadas. Os comportamentos embaraçosos podem causar relutância por parte dos familiares em acompanhar o doente e mesmo em permitir que esta frequente sítios públicos (Lefley, 1996), o que está também associado aos sentimentos de vergonha. Este tipo de situações pode conduzir a um crescente isolamento social da família, o que a vai limitar nas suas atividades sociais e de lazer.

Lefley (1996) refere que uma das sequelas mais devastadoras da doença mental é a reação que o doente tem ao constatar que é diferente face à norma social. Assim, as famílias sofrem diretamente por causa dos comportamentos estranhos do seu familiar, e sofrem empaticamente devido à vergonha e embaraço sentidos pelo seu familiar. A mesma autora considera que a família sofre um considerável sentimento de auto-culpabilização pelos comportamentos que podem ter sido, de alguma forma, desencadeadores de uma descompensação ou mesmo da desordem mental em si. Sentem-se também culpados pelos comportamentos hostis que têm face ao seu familiar, mesmo que sejam respostas legítimas perante um comportamento provocador ou intolerável.

A culpa conduz à depressão e também contribui para a diminuição da auto-estima, paralisando os familiares nas suas tentativas para fazerem frente e lidarem com as diversas situações com as quais são confrontadas. Uma das razões que provoca este sentimento de culpa prende-se com o estigma da doença mental, que se estende a toda a família, sendo uma forma de culpa por associação.

No que diz respeito à **ameaça da segurança**, para que todas as pessoas se sintam seguras no seu ambiente, precisam de se verem a si mesmas fisicamente resguardadas, capazes de preverem eventos e igualmente capazes de exercerem algum controlo sobre eles, reagindo à insegurança com ansiedade e tensão. Existem receios de que a pessoa com doença mental possa constituir um perigo para si própria ou para os outros. Este comportamento decorre de um reduzido controlo dos seus impulsos, que pode levá-la a hostilizar os seus familiares devido a ciúmes, hipersensibilidade a críticas e obstrução aos seus desejos. Muitas vezes as pessoas com doença mental têm comportamentos agressivos e destrutivos na sua casa mesmo que não seja algo frequente. As famílias, ao viverem com medo das reações do seu familiar, vão condicionar o seu comportamento e criar medidas protetoras, como trancar as portas e esconder objetos de valor. É também possível que alguns membros da família se sintam muito ansiosos acerca das suas próprias possibilidades de perderem o controlo, visto que a pessoa com doença mental pode ser bastante manipuladora, hostil, argumentativa e provocadora, o que pode contribuir para que até as pessoas mais controladas se possam deixar envolver pelo medo ou pela raiva.

O medo pode assumir outras proporções quando é consequência das preocupações relativas ao familiar, por exemplo, em relação ao seu futuro (Adamec, 1996: Bandeira et al, 2007).

As famílias podem muitas vezes sentir-se sobrecarregadas de responsabilidade e simultaneamente com um poder muito reduzido para agir eficazmente nas tomadas de decisão relativas ao seu familiar. Por vezes não compreendem a doença mental, colocando-se nas mãos dos profissionais que as conduzem, sem que estas muitas vezes saibam para onde e para quê, provocando um sentimento de impotência.

No que se reporta à **ameaça da integridade e da esperança**, a doença mental traz consigo uma crise de confiança no mundo, uma perda da fé no universo e uma dolorosa realidade da fragilidade e vulnerabilidade do ser humano. Hatfield (1990), reportando-se à perda e ao modo como as pessoas reagem perante a mesma, refere que as pessoas se podem sentir irritadas com

as injustiças da vida e com a pessoa que perderam, por ser a sua causa de dor, e com aqueles que não entendem a sua dor.

Relativamente à relação da família com o doente, na década de 1950 surgiu um conceito denominado Emoção Expressa (EE) inicialmente estudado por Brown, depois desenvolvida por Vaughn e Leff durante a década de 1980. Este conceito teve um papel importante na evolução das intervenções dirigidas às famílias. Estudos chefiados por Brown em 1958, sugeriam que a pessoa com doença mental que convivesse com a família, apresentava um índice de recaídas maior quando comparado com pessoas com doença mental que moravam em albergues, afastados dos seus familiares. A partir destes resultados, Brown *et al.* (1962) citado por Yacubian (2001), colocaram a hipótese de que as pessoas com doença mental que vivessem perto dos seus familiares poderiam estar expostas a níveis de afetos negativos, aumentando a sua vulnerabilidade pessoal a recaídas. Ao longo do tempo, os estudos têm vindo a reforçar a relação causal entre o ambiente familiar e o seu prognóstico a curto prazo (Yacubian e Neto, 2001).

Estas respostas emocionais disfuncionais foram relacionadas com a recaída nas pessoas com doença mental. Alguns estudos indicavam que as pessoas com DMG que estavam em contacto com familiares com alto nível de EE apresentavam duas a quatro vezes maior risco de recaída durante o primeiro ano pós-alta, comparado com os indivíduos com familiares com baixa EE. A emoção expressa pode ser avaliada de várias formas sendo a mais utilizada a Entrevista Familiar de Camberwell (McFarlane 2002, Gracio, 2014), e traduz-se no número de emoções tipicamente expostas no ambiente familiar, no dia-a-dia pela família ou cuidadores que expressa a qualidade da interação social entre os membros da família, isto é, sentimentos que os familiares expressam em relação à pessoa com doença mental. Tem como componentes comentários críticos, hostilidade, sobreenvolvimento emocional, comentários positivos e calor afetivo. Para alguns autores, o elevado criticismo parece ser o elemento fulcral da EE, porque é o que causa mais impacto no relacionamento com a pessoa com doença mental, pelo que deve ser focalizado nas terapias familiares (Cotovio, 2000, McFarlane e Cook, 2007).

Sabendo a influência que a EE tem para as famílias, torna-se importante que as famílias sejam orientadas para o uso de estratégias de *coping* adequadas. As famílias poderão utilizar estratégias de *coping* centradas na emoção ou centradas no problema. As estratégias de *coping* centradas na emoção, como o evitamento do doente ou a resignação à situação, não têm bons resultados ao nível da sobrecarga, porque este tipo de estratégias serve apenas para gerir as emoções e não para resolver as situações (Magliano, *et al.*, 1998, Falloon, 2003). Nas situações em que os familiares utilizam estratégias de *coping* centradas no problema, ou seja, lidam com o problema de forma a resolvê-lo, experimentam menos sobrecarga porque sentem controlo sobre a situação (Magliano, *et al.*, 1998, Magliano, *et al.*, 2000).

A família de acordo com o novo paradigma, é vista como um interveniente ativo nos cuidados. As ações dirigidas aos familiares de pessoas com DMG devem-se estruturar de forma a favorecer e/ou potenciar a relação da tríade doente, família e profissionais de saúde/rede de suporte social. Desta forma, os familiares devem ser considerados como elementos fundamentais desta parceria de cuidados centrados na pessoa com doença mental (Yacubian e Neto, 2001, McFarlane, 2002, Mullen, *et al.*, 2002 Colvero, *et al.*, 2004).

A intervenção da família é importante na gestão da situação de doença. Uma família informada, motivada e atenta, tem a capacidade para reconhecer precocemente os sinais e sintomas da recaída, possibilitando uma intervenção atempada, promovendo o reequilíbrio do doente e a prevenção do agravamento da crise (Mullen, *et al.*, 2002, Falloon, 2003). Esta capacitação (*empowerment*) dá-lhes um sentimento de poder/controlo reconfortante que beneficia e reforça a relação intrafamiliar, (Falloon, *et al.*, 1996, Leggatt, 2002, Falloon, 2003 Rose, *et al.*, 2004).

## **2. A PRÁTICA DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL**

### ***Um Modelo de Orientação: Modelo de Sistemas de Betty Neuman***

Para uma abordagem à família e aos respetivos membros, numa visão holística e multidimensional, surge a necessidade de utilização de um modelo de orientação para uma intervenção mais efetiva enquanto enfermeira.

O modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman - Modelo dos Sistemas de Neuman [Neuman e Facett (2011)], permite uma atuação vendo a pessoa inserida num sistema, seja ele a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que no seu processo saúde-doença está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de stresse, causando-lhe desequilíbrio. As intervenções de enfermagem têm lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos do doente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo ao cliente manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado). De acordo com Curran (1995) este modelo afasta-se do paradigma biomédico pelas seguintes características: o cliente é visto como único e individual, a decisão é partilhada entre o enfermeiro e o cliente, o conhecimento desenvolvido é essencialmente qualitativo e não-competitivo, o sistema é aberto e a diversidade é valorizada e respeitada, o holismo é a base filosófica deste modelo, a espiritualidade é inata de todo o sistema e ordem, unidade e bem-estar são os objetivos primários de enfermagem do modelo.

De acordo com Freese (2004) o modelo é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta e enquanto sistema o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto, sendo os clientes vistos como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica. Para a mesma autora este modelo constitui uma perspetiva dos sistemas que permite ao enfermeiro apreciar e cuidar da unidade familiar enquanto cliente. De acordo com Tomlinson e Anderson (1995) o Modelo dos Sistemas de Neuman provou ser um guia útil de acesso aos cuidados de saúde à família utilizando uma flexível e compreensível estrutura sistemática e conceitos como stressores e linha de defesa. Neste modelo, os diagnósticos de enfermagem consistem em determinar quais os

fatores de stresse ou variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente, tendo em conta as percepções quer do cliente quer da enfermeira. Ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre a enfermeira e o cliente, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou reformulando novas estratégias. Determinar o significado do que acontecerá aos clientes e suas situações, as suas relações mútuas com a avaliação inicial e com a competência funcional, permite a avaliação da relação enfermeira/cliente e permite também a recolha de dados para futuras avaliações e planeamentos. O Modelo Teórico de Betty Neuman permite ter uma visão multidimensional permitindo ao enfermeiro a intervenção sob a pessoa, família ou comunidade quando estes interagem com fatores de stresse ambientais, desencadeando fatores de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção. As necessidades expressas pelo cliente surgem de fontes de stresse (sentimentos de ameaça, conflito, frustração ou de perda) às quais é necessário dar resposta. Selye, 1975, citado por Chalifour (2008, p. 86) define stresse como "... uma resposta não específica do organismo a toda a solicitação que lhe é feita (percebida como agradável ou desagradável) e que se traduz por num síndrome específico – síndrome geral de adaptação". Chalifour (2008), utilizando a definição de stresse de Lazarus e Folkman, 1984, refere que "... stresse psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é percebido pela pessoa como exigindo ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar" Chalifour (2008, p.89). A resposta ao stresse surge através de mecanismos de *coping*, que dependem dos recursos da própria pessoa, da sua capacidade de os mobilizar corretamente e também dos fatores relacionados com o ambiente externo. Chalifour (2008, p.22) encara também a pessoa como "... um sistema aberto formado por componentes físicas, afetivas, cognitivas, sociais e espirituais". Desta forma, é necessário encarar o cliente com um todo, conseguindo assim que uma necessidade expressa possa ser também fonte de informação sobre aquela pessoa, facilitando a relação terapêutica que se está a tentar estabelecer.

Temos assim a família como um sistema complexo em interação constante com um macrosistema (sociedade em que se insere) e a nível micro constituído pelos elementos que a integram (indivíduos com as suas características, personalidade e papel dentro da família). Em termos temporais e de acordo com o modelo de Rolland (Marsh 1998) temos que considerar a interação entre dois ciclos dentro da família: ciclo individual (criança, adolescência, adulto, idoso) e o ciclo familiar.

Não podemos esquecer que o enfermeiro é também em si pessoa, um sistema composto por subsistemas, e para exercer em pleno a sua atuação constituindo-se como elemento terapêutico, por isso, para (Chalifour, 2008, p.23) “... é essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si mesmo”. Assim, e vendo esta relação de uma forma mais ampla, temos também um sistema aberto em que os subsistemas cliente, enfermeiro e ambiente interagem e no qual se desenvolve a relação e estão em permanente troca de energias e de informação entre si, tendo como finalidade última satisfazer as necessidades do cliente para que este se torne o mais autónomo possível no seu quotidiano e com qualidade (Neuman e Facett, 2011)

### **3.1 Intervenção à pessoa com Doença Mental e Família no Internamento**

#### **3.1.1 Caracterização do Serviço de Internamento**

Localizado em Lisboa, encontra-se o serviço de internamento onde realizei estágio durante dois meses. É um serviço de portas fechadas para o exterior, sendo a lotação de 30 doentes. Constituído por dois pisos, de igual configuração, sendo o segundo piso apenas utilizado como gabinetes de técnicos, sendo utilizada uma das salas para consulta de enfermagem e uma outra sala mais ampla para realização do grupo de suporte a familiares de doentes com DMG. O serviço é antigo, de paredes altas, que se torna um espaço frio e pouco acolhedor. No piso inferior existem 3 unidades (cada com 5 quartos e uma casa de banho com duas zonas de duche e um gabinete de entrevista), 2 quartos de isolamento, uma sala de convívio, 1 ginásio, 2 refeitórios, 2 casas de banho, 1 barbearia, sala de enfermagem um gabinete medico e um gabinete de



apoio a um programa domiciliário. Existe à entrada do serviço a secretaria e uma sala de visitas. A zona em que os doentes estão de forma mais contínua são corredores, sala de convívio e um pequeno jardim que existe no interior do edifício.

Este serviço recebe doentes vindo da urgência do hospital geral, da consulta de Psiquiatria e de um serviço de estabilização e tratamento de doentes agudos. São dirigidos para este serviço doentes com perturbações afetivas, ansiedade e espectro obsessivo. Os doentes são internados de forma voluntária ou compulsiva, tendo os doentes internados de forma voluntária a possibilidade de sair do serviço e frequentar o espaço exterior.

Existe uma equipa composta por médicos (psiquiatras e um medico de medicina interna), psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Tem como principal objetivo a estabilização de sintomas da doença que colocam em risco a integridade física do doente ou de outros. Contribui com isso, para a estabilização do doente e desta forma para a prevenção das recaídas, evitando reinternamentos, recuperação da saúde, o alívio dos sintomas e do sofrimento, bem como a manutenção da melhor qualidade de vida possível dos doentes e do que os rodeia. Procura intervir na fase aguda da doença para controlo da sintomatologia e numa segunda fase com treino de inserção nas atividades de vida diária, de terapia ocupacional e gestão de procedimentos com a colaboração dos doentes, tendente a melhorar o plano terapêutico individualizado. O método de trabalho da equipa de enfermagem é a tarefa, desta forma os enfermeiros organizam-se de acordo com as rotinas do serviço, observando todos os doentes e prestando cuidados de acordo com as rotinas que estão estabelecidas. A medicação é preparada em unidose da farmácia de acordo com a prescrição médica, o registo de medicação administrada é feito por cardex e os registos das notas de enfermagem é feito através do programa SAPE® (linguagem CIPE®).

É realizada semanalmente uma Reunião Multidisciplinar onde os casos são discutidos pela equipa (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e TO) de forma a poder dar a melhor resposta a cada doente.

Existem no serviço alguns projectos em curso:

Dentro do internamento existe uma Consulta de Enfermagem realizada por EESMP integrada num projeto: Projeto de Apoio Ambulatório (PAA). Este projeto envolve Psiquiatra, EESMP, Psicóloga e TO. Trata-se de um projeto que tem como principal objetivo o apoio a pessoas com doença mental no pós-alta e familiares. No apoio ao doente, este é feito em consulta e a seleção da pessoa pelos dos diferentes técnicos é feita pelos próprios que integram a equipa e sem critérios definidos, centrando-se sobretudo nos doentes com má adesão ao tratamento com risco de recaída. Após a seleção do doente e do consentimento deste para a participação semanalmente é feita uma consulta de enfermagem e terapia ocupacional, assim como de psicologia. A regularidade de consultas com o psiquiatra é definida de acordo com as necessidades do doente. No apoio aos familiares, este é feito através da participação no Grupo de Suporte para familiares dinamizado por EESMP cuja finalidade é apoiar familiares de pessoas com DMG diagnosticada. A escolha dos familiares é também feita sem critérios definidos, depois da manifestação de vontade e do seu consentimento na participação por parte deste. Numa fase inicial, procura-se que o acompanhamento do doente e do familiar ocorra em simultâneo nestas duas vertentes, posteriormente o acompanhamento familiar mantém-se mesmo que o doente não se mantenha na consulta. Uma vez por semana a equipa discute a evolução de cada pessoa que frequenta as consultas e quinzenalmente a evolução do familiar pela análise da sua interação no grupo.

Existe também um projeto de apoio domiciliário que é promovido por alguns elementos que pertencem ao serviço enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos que trabalham com outros profissionais do hospital na manutenção do programa. Este programa pretende a monitorização, apoio e intervenção à pessoa com doença mental no seu domicílio, no seu contexto de vida. Diariamente dois técnicos (enfermeiro e psicólogo ou enfermeiro e assistente social) deslocam-se ao domicílio de pessoas com internamento anterior no hospital. A periodicidade das visitas é feita de acordo com a necessidade percebida pelos profissionais ou manifestadas pelo doente/ familiar. Procura-se que sejam sempre os mesmos técnicos a visitar o doente e família. Durante a visita é avaliada a estabilidade da pessoa na doença, administrada medicação, validada a toma da mesma, reavaliada a necessidade de antecipação de

consulta. A visita ao domicílio torna perceptível a organização da pessoa na sua vida diária, familiar e social.

### 3.1.2 Atividades Desenvolvidas

Este serviço de internamento recebe doentes cujo diagnóstico se centra nas perturbações afetivas e de humor.

Depois de integrada na equipa, tive oportunidade de conhecer a abordagem à pessoa com doença mental e DMG e várias foram as atividades desenvolvidas, na prestação de cuidados diretos ao doente de acordo com as suas necessidades, desde a ajuda nos cuidados de higiene, na alimentação de acordo com o grau de dependência, até à administração e/ou supervisão na toma para estabilização dos sintomas.

No contexto de internamento foi difícil a realização de atividades com o doente, uma vez que estas não estão implementadas atividades. Procura-se sobretudo durante esta fase o controlo dos sintomas. Várias foram as temáticas de reflexão que me suscitou a prestação de cuidados no serviço de internamento.

#### ***Reunião Comunitária***

Embora não sejam realizadas de forma regular no serviço, por vezes os enfermeiros realizam esta reunião. Após discussão com a EESMP, esta decidiu retomar esta reunião, mantendo-se, no entanto, com sessões irregulares pelo facto de não estar instituída como rotina no serviço. Participei na reunião comunitária moderada por EESMP e por mim, realizada no ginásio do serviço, onde são colocadas cadeiras dispostas em círculo. É um espaço onde é permitido às pessoas doentes expressarem as suas emoções, dificuldades, dúvidas, medos sobre o internamento e como pode ser melhorado o funcionamento do serviço para que os cuidados prestados possam ir mais ao encontro às suas necessidades. Estimulam-se comportamentos assertivos, como sejam a capacidade de ouvir os outros, de resolução de conflitos e fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros. Após a apresentação dos elementos, e explicada a finalidade do grupo, dá-se início à discussão sendo os temas livres que emergem de cada pessoa. Nas duas sessões que participei os

temas centraram-se no estigma da doença mental, nos efeitos da medicação e nos sentimentos/ emoções relativamente à doença e à necessidade de internamento assim como na dificuldade em falar com o psiquiatra que os acompanha quando sentem essa necessidade. Por outro lado, foram também levantados problemas relativamente à alimentação que segundo alguns doentes é muito rica em hidratos de carbono, contribuindo para o aumento de peso e por outro lado da inexistência de máquina de café que desta forma os impede de tomar café, gerando alterações do comportamento com períodos de ansiedade. A participação nestas reuniões foi para mim de grande aprendizagem, sobretudo pelo desenvolvimento de competências como moderadora de grupo e com o desenvolvimento de técnicas comunicacionais.

### ***Projeto de Apoio Ambulatório (PAA)***

#### ***Consulta de enfermagem pós-alta para doente***

Participei na consulta que enquadra um projeto de uma EESMP do serviço e que se segue ao internamento. Dinamizada por EESMP que funciona em articulação com uma equipa (enfermeira especialista, psiquiatra, psicóloga e terapeuta ocupacional). Nesta consulta, através da entrevista, seguindo um modelo de Betty Neuman, procura-se identificar os problemas individuais, assim como os stressores e os recursos, de forma a poder ajudar o doente a resolver por si, os seus próprios problemas do dia-a-dia, centrando-se na terapia de resolução de problemas. É avaliado o cumprimento da medicação: pedido ao doente que traga sempre a caixa com a medicação e o guia de tratamento para que possam ser retiradas dúvidas sobre a mesma, esclarece-se a pessoa sobre os efeitos da medicação reforçando a importância da sua toma no controlo dos sintomas. É aplicada uma escala (MAT: medida de adesão ao tratamento) para avaliação da adesão ao regime terapêutico. O encaminhamento da entrevista é feito através de problemáticas apresentadas pelos doentes, avaliação de estratégias aplicadas e reformulação das mesmas para a resolução de problemas que os afetam no dia-a-dia. A maioria das problemáticas apresentadas pelas pessoas doentes estão relacionadas com a terapêutica e os efeitos desta, sobre as alterações no sono, dificuldade na concentração, aumento do apetite, o aumento de peso, alterações no trânsito intestinal, a

inatividade, dificuldade em cumprir tarefas, mostrando frustração por não terem uma ocupação, pela dependência de familiares e pela não existência de autonomia nas suas escolhas. É feito ensino individualizado sobre hábitos de vida saudáveis, escolhas na alimentação, exercício físico, sendo feito um plano onde são identificados os stressores, discutidas com o doente atividades a desenvolver pelo mesmo que depois serão avaliadas para se necessário reestruturar o plano. Semanalmente o doente é pesado, são avaliados os hábitos alimentares e trabalhado com o doente a necessidade de fazer pequenos ajustes. Procura-se que o doente se mantenha motivado para o tratamento, valorizando os pequenos progressos.

Durante a permanência nestas consultas, após a identificação de um problema comum a todos os doentes que foi a adesão ao regime terapêutico, propus a realização de uma sessão de grupo que foi aceite por todos os doentes: Adesão à terapêutica (Apêndice 1). Após avaliação e escolha dos doentes elaborei um plano de sessão. A sessão de 50 minutos, era dirigida para 5 pessoas, com um componente informativo inicial e depois com atividades que pretendiam que cada um tivesse a perceção da importância da medicação no tratamento e avaliação das vantagens e desvantagens da mesma. Embora a sessão não corresse como o planeado, foi possível aos participantes a obtenção de conhecimentos sobre a medicação e avaliarem as vantagens e desvantagens da mesma e a necessidade da sua toma para o controlo dos sintomas, sendo no final reconhecido pelo grupo a superação das vantagens face as desvantagens na toma da medicação.

#### *Grupo de Suporte a Familiares de doentes com DMG*

Integrei também o Grupo de Suporte Familiar. Existente desde 2009, trata-se de um grupo aberto, que se encontra duas vezes por mês. É constituído por familiares de pessoas com DMG e dinamizado por EESMP. É realizado numa sala do piso 1 do internamento, onde foram dispostos cadeirões em círculo. Tem como objetivos gerais: construir práticas em parceria com os familiares, que promovam a qualidade da continuidade de cuidados e identificar as dificuldades, dúvidas e estratégias dos familiares, em cuidar da pessoa com doença mental. Como objetivos específicos: proporcionar um espaço de partilha de experiências

inter familiar, criar um espaço de contenção para as famílias, oferecer às famílias um espaço no qual se possam trabalhar as dificuldades, promover vínculos de confiança e comunicação entre famílias, facilitar o colocar-se no lugar do outro, aumentar a competência das famílias para cuidar do seu familiar e envolver a família no processo de cuidados reforçando as suas competências no cuidar. Aquando da ingressão no grupo são explicados os objetivos do mesmo, assim como o preenchimento de um questionário onde para além de alguns dados sociodemográficos existem três perguntas abertas onde se pretende que os familiares identifiquem as dificuldades, as dúvidas e estratégias adotadas na convivência com a pessoa com DMG. O grupo é um espaço de partilha de vivências, sentimentos e emoções da vivência de anos com a doença mental do seu familiar. Tive oportunidade de perceber as necessidades, preocupações destas famílias e a interação em grupo e de como a vivência de um problema comum pode tornar um espaço de acolhimento e terapêutico.

Inicialmente na qualidade de observadora, participei posteriormente na qualidade de moderadora em conjunto com EESMP. Na qualidade de moderadora a EESMP, numa relação terapêutica com estes familiares, procura para além do esclarecimento de dúvidas, que adquiram habilidades de enfrentamento, aconselhando acerca de formas de lidar com a doença e comportamento que daí advém e suporte emocional. Durante a dinamização destes grupos salienta-se como estratégias relacionais: o suporte e o imediatismo ou atenção no momento presente. Realizei um folheto informativo (Apêndice 2) que foi entregue aos familiares que contempla algumas linhas de orientação para a vivência da DMG na família. A participação nestas sessões de grupos de famílias foi de grande aprendizagem por um lado no desenvolvimento de competências na dinâmica de grupos e por outro lado permitiu-me o registo através de notas de campo das vivências dos familiares na doença mental, possibilitando-me a execução de uma análise dos mesmos.

### ***Estudo de Caso***

Como forma de sistematizar uma abordagem a uma pessoa com DMG, com a colaboração do EESMP, realizei um Estudo de Caso I (Apêndice 3). Trata-se de uma pessoa que pelo diagnóstico, duração de doença e incapacidades

que apresenta se enquadra na definição de pessoa com DMG. Procurei para além de conhecer a pessoa e doença que o afeta, levantar as suas necessidades afetadas e procurar em conjunto como doente, família e equipe dar respostas às suas necessidades. Neste estudo de caso para além do acompanhamento do doente durante o internamento, procurei conhecer a família e as suas necessidades baseando-me no modelo de Neuman, conhecer a pessoa, e a família enquanto sistemas enquadrando-os no seu sistema envolvente, o sistema social.

R tem 40 anos, com formação superior, encontra-se neste momento desempregado e a viver com o pai. Tem história de seguimento na Psiquiatria desde os 20 anos, por “depressão” sic. Teve o primeiro episódio de mania há 5 anos, sem necessidade de internamento. Foi seguido na consulta particular por psiquiatra e psicólogo. Tem história de 3 internamentos, 2 há 3 anos por episódio depressivo com ideação suicida, tendo feito eletroconvulsivoterapia. O terceiro internamento há um ano, também em fase depressiva. Recentemente é seguido por psiquiatra particular com diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar. Foi internado neste serviço de psiquiatria compulsivamente por episódio de agressão da empregada doméstica em sua casa após abandono da medicação há duas semanas, acompanhado com consumo mensal ou quinzenal de canabinoides. Para além da consulta do processo para obter conhecimento sobre a história do doente, realizei entrevistas com o doente, dificultada pelas resistências do próprio pelo que optei por conversas informais de corredor, explorando ainda as oportunidades quando me procurava para falar. Desta forma, utilizando o modelo de Neuman, procurei conhecer os recursos e os stressores do doente e propor intervenções ao mesmo de forma a dar resposta às necessidades apresentadas por este e sua família através de um plano de cuidados. De forma a conhecer a família, participei na entrevista da psiquiatra com doente e família e posteriormente realizei entrevista só com a família. Durante o internamento as pessoas que visitaram o R. foram o pai e a irmã, mostrando interesse em participar nos cuidados, tendo com facilidade sido reconhecido o pai com o papel de cuidador. Este apresenta-se ansioso face à situação de doença do filho, com muitas dúvidas relativamente à doença e à forma como lidar com o filho, mostrando-se confuso, e cansado. Para além do

suporte que procurei dar durante o internamento a nível informativo e emocional questioneei-o se queria ingressar no Grupo de Suporte Familiar existente, explicando-lhe os objetivos, este assentiu com agrado. No final, de forma a procurar manter a continuidade dos cuidados no pós internamento, o R integrou a consulta do PAA e o pai o Grupo de Suporte Familiar.

Este estudo de caso revelou-se desafiador e de grande aprendizagem pela dificuldade pela resistência que o doente apresentou às entrevistas fazendo com que se tornasse necessário adaptar estratégias relacionais e comunicacionais de forma a poder estabelecer uma relação de confiança e terapêutica com o doente.

### ***Projeto de Apoio Domiciliário***

No Projeto de Apoio Domiciliário tive oportunidade de participar no acompanhamento domiciliário que é feito através de um projeto do hospital que inclui enfermeiros assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras do serviço de internamento onde realizei estágio. Os doentes são selecionados na reunião multidisciplinar ou com um pedido de um técnico de saúde e encaminhados para o projeto.

Ao integrar esta equipa e participar na visita domiciliária tive a perceção da importância de a pessoa com doença mental ser acompanhada na sua casa, no seu contexto, constituindo-se um meio privilegiado de intervenção, tanto ao doente como à família. Das várias visitas que tive oportunidade de fazer em conjunto com enfermeiros e assistente social percebi que os objetivos da visita eram vários: monitorização sobre a situação de doença sintomas que são apresentados pelas pessoas doentes que podem ser observados tanto na entrevista feita como na observação do seu domicílio, supervisão na organização quanto à toma de medicação, preparação de medicação em caixas, administração de medicação injetável, recordar da ida à consulta de psiquiatria ou avaliar a necessidade da sua antecipação, perceber os recursos familiares e sociais utilizados pela família. A visita domiciliária foi também para mim de grande aprendizagem uma vez que a avaliação que é feita da pessoa no seu contexto de vida permite uma monitorização mais global e eficaz sobre a sua vida, da forma como esta se organiza na sua vida diária e desta forma conseguir



de uma forma mais efetiva dar resposta às necessidades manifestadas e ou percebidas pelos profissionais.

### **3.2 Intervenção à Pessoa com Doença Mental e Família na Comunidade**

#### **3.2.1 Caracterização da Unidade de Saúde Mental Comunitária**

A USMC, é uma equipa comunitária que faz parte do departamento de saúde mental de um Centro Hospitalar de Lisboa, o qual integra quatro Equipas Comunitárias, o serviço de internamento, Hospital de Dia, Unidade de Vida Apoiada e uma Equipa de Psiquiatria de Ligação.

A equipa desta USMC funciona numa vivenda, com sete gabinetes de consulta dispostos por dois andares, tendo ainda um espaço (segundo andar) que permite a realização de dinâmicas de grupo. Na equipa são atendidos todos os doentes, maiores de dezoito anos, e que sejam referenciados pelo Serviço de Urgência do Hospital, por indicação do Departamento de Psiquiatria do mesmo Hospital aquando de alta clínica ou então referenciados pelo Médico de Família. Relativamente à constituição da equipa, esta é formada por três enfermeiros (dois EESMP), uma assistente social, cinco psiquiatras, um interno de psiquiatria, duas psicólogas, e estagiários de psicologia, e uma administrativa. Fazem ainda parte da equipa outra psicóloga e uma psicopedagoga que englobam o projeto da Unidade de Dia.

O método de trabalho da equipa é por técnico de referência, onde o doente e família direcionam as dificuldades/ necessidades a um técnico (enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, assistente social) e este articula-se com os restantes profissionais para dar resposta às necessidades do doente e família, funcionando como um gestor de cuidados. Os registos são efetuados utilizando o programa SAPE® (linguagem CIPE®).

O seguimento em ambulatório pode ser realizado sob dois regimes: voluntário ou compulsivo, quando o doente não admite que precisa de ajuda e de medicação – risco de não adesão ao regime terapêutico, implicando risco para o próprio e/ou para terceiros. Aqui a equipa multidisciplinar presta cuidados ao doente e sua família de acordo com as necessidades manifestadas e

percebidas pela equipa, sendo o método de trabalho por técnico de referência. Articula-se com instituições envolventes contribuindo para o processo de reabilitação da pessoa com doença mental procurando dar resposta ao doente no seu projeto de vida.

É de salientar a importância da existência de uma reunião de equipa multidisciplinar, semanalmente, à sexta-feira, onde os casos dos doentes seguidos em ambulatório são discutidos de acordo com os técnicos que a integram desde médicos, de enfermeiros, assistente social, da psicólogos e psicopedagogo, sendo as intervenções centralizadas pelo técnico de referência. Nesse dia durante a manhã, existe uma sessão clínica onde são apresentados projetos e resultados das diferentes unidades, constituindo-se também um momento formativo para os profissionais que integram o DPSM do centro hospitalar. Nesse dia o enfermeiro visita o internamento procurando conhecer a evolução clínica dos doentes que pertencem à USMC de forma a manter a continuidade e perspetivar a alta do internamento e o seguimento para a USMC.

### 3.2.2 Atividades Desenvolvidas

No contexto comunitário o acompanhamento da pessoa com doença mental é feito através de consultas médicas, de enfermagem e de articulação entre os vários técnicos (enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, assistente social) e com os vários serviços, desde o internamento até às estruturas na comunidade de apoio na reabilitação da pessoa com doença mental.

#### ***A Consulta de Enfermagem***

Na consulta de enfermagem, é feita entrevista que pretende monitorizar a situação, perceber os problemas com os quais o doente e família se vão deparando no dia-a-dia e criar um plano para a resolução dos mesmos em conjunto como doente e/ou família, para além da administração de terapêutica *depôt* e da colheita de análises. Participei na consulta de enfermagem à pessoa com doença mental e família onde, através da entrevista, para além da monitorização relativamente à toma de medicação e á necessidade de ajuste terapêutico, se avalia a capacidade funcional e a sua evolução e se procura em conjunto como doente que este crie um projeto de vida de acordo com as suas aspirações. A família nem sempre comparece na consulta. Quando a família

acompanha o doente à consulta, é avaliada a necessidade ou não da sua presença na consulta conjunta com o doente, e se necessário serão feitas entrevistas em separado. Quando presente, a família é acolhida sendo transmissora de problemáticas do doente e também esta é alvo de um acompanhamento por parte do enfermeiro na sua vivência como doente e nos problemas que se vão colocando no dia-a-dia.

### ***Articulação Interprofissional***

Existe uma permanente articulação com outros técnicos da equipa, médico, assistente social, psicólogo, permitindo ao enfermeiro a avaliação das necessidades e caso seja necessário o encaminhamento para outros técnicos de forma a dar resposta às necessidades manifestadas pelo doente e/ou família, ou percebidas na avaliação feita pelo enfermeiro. O doente após a consulta de enfermagem, pode necessitar de consulta médica ou mesmo de apoio de assistente social que será solicitado no imediato pelo enfermeiro. Esta articulação existe também com técnicos que não pertencem à equipa, mas a outras instituições na comunidade que procurando dar resposta às necessidades dos doentes, intervindo no seu processo de reabilitação e ajuda na construção de um projeto de vida.

### ***Acompanhamento Telefónico***

Existe também um telemóvel que permite ao enfermeiro estar em contacto com o doente/ família para além da consulta presencial, permitindo, sobretudo aos familiares, dar a conhecer ao enfermeiro a situação em que se encontra o doente, sem necessidade de estarem presentes numa consulta, tornando mais ágil todo o processo. Apercebi-me que desta forma, a comunicação existente do enfermeiro com o doente e/ou família, permite a antecipação de consulta de enfermagem ou de psiquiatria para avaliação da pessoa de forma a evitar o seu reinternamento pela recaída para além de funcionar como um suporte emocional, favorecer o esclarecimento de dúvidas. É também avaliada a necessidade de visita domiciliária e esta pode ser feita apenas pelo enfermeiro, ou por enfermeiro e outro técnico (psiquiatra, psicólogo ou assistente social).

### ***Visitação Domiciliária***

Na visitação domiciliária é feita uma avaliação global do doente e família no seu contexto de vida, supervisão na toma de medicação assim como a administração da mesma e dado o suporte necessário na resolução de problemas que se apresentam. A relação que o enfermeiro estabelece com o doente e família é uma relação de ajuda, onde o enfermeiro procura tranquilizar o doente e família, conquistando a sua confiança e dando reforços positivos pelos objetivos que vão sendo atingidos. Tem também um papel de explicar, informar, orientar e aconselhar de acordo com o seu saber científico e com as necessidades expressas, mantendo o foco na realidade e nos objetivos pessoais do doente.

Esta vivência permitiu-me o desenvolvimento de técnicas comunicacionais e a perceção de que o estabelecimento da relação de ajuda exige um compromisso, confiança e tempo. Um compromisso por parte dos profissionais na ajuda efetiva ao doente e família, compreendendo os avanços e recuos provocados pela doença, acreditando, mantendo e transmitindo a esperança da melhoria. O estabelecimento de uma relação de confiança, uma vez que a pessoa com doença e sua família, dada a instabilidade provocada pela doença, necessitam de estabelecer uma relação com o enfermeiro que lhes permita acreditar nos pequenos progressos, mesmo com recuos. O tempo, que, dada a minha realidade de prestação de cuidados, me trouxe novos conhecimentos, uma vez que o tempo é longo, e torna-se necessário respeitar o tempo da pessoa e da família que é único e individual (tempo para aceitar a doença, o tratamento, para criar um projeto de vida) (Coelho e Palha, 2006).

### ***Grupo Psicoeducativo para Familiares***

Uma vez por ano, é organizado um grupo psicoeducativo para familiares de doentes que são acompanhados pelos técnicos da USMC. É um grupo fechado com número limitado de 12 sessões. Tem como objetivos a transmissão de conhecimentos sobre a doença e o tratamento, desenvolver estratégias para melhor lidar com a doença, melhorar a comunicação dentro da família, aprender a resolver problemas do dia-a-dia, aprender a desenvolver estratégias de promoção da saúde de quem cuida da pessoa com DMG, conhecer as respostas

dos Serviços de Saúde Mental e a partilha de experiências entre os familiares. A seleção dos familiares que constituem o grupo é feita através de uma avaliação da equipa, aqueles que potencialmente beneficiariam e estariam disponíveis para o grupo e após isso são realizadas entrevistas onde é explicado os objetivos da intervenção, avaliada a disponibilidade dos familiares para frequentar o grupo e aplicado um questionário, com resposta durante a entrevista, que para além de dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e genograma é avaliado conhecimento sobre a doença (nome, fatores de agravamento e de melhoria, prognóstico, conhecimento da medicação e história de adesão à terapêutica), a sobrecarga onde se pede aos familiares para identificar as principais dificuldades, forma de lidar com as dificuldades e sobrecarga pela doença. Por fim a identificação pelos familiares dos reforços (identificação de atividades que lhes dão prazer e pessoas de referência/suporte). Inspirada no Modelo de Kuipers, Leff e Lam (Gonçalves-Pereira et al., 2007), a sequência das sessões segue um programa estruturado à família sendo as temáticas abordadas: Apresentação dos participantes e objetivos do programa; saúde e doença mental: conhecer a doença; conhecer o tratamento; prevenção de recaídas e gestão das crises; a comunicação assertiva; técnica de resolução de problemas; problemas do quotidiano; promoção da saúde do próprio cuidador; respostas dos serviços de Saúde Mental e finalização com a despedida do grupo.

Particpei no Grupo Psicoeducativo para familiares de pessoas com DMG, colaborando na seleção dos elementos através da realização de entrevistas aos familiares e nas sessões efetuadas, tendo feito registo de todas as sessões. Realizei um folheto informativo que contempla os objetivos, regras do grupo, horário e local onde decorreram as sessões (Apêndice 4). Uma vez que não existia um plano estruturado de cada sessão, propus a sua realização e com a colaboração das enfermeiras que realizaram as sessões, elaborei um dossier, com os objetivos, plano de cada sessão e síntese da sessão, possibilitando-me a execução de uma análise da interação e a construção de um instrumento útil para a organização de futuras sessões de grupos.

## ***Estudo de Caso***

Na USMC realizei um Estudo de Caso II (Apêndice 5). Neste estudo de caso, após a análise do processo do doente foram avaliadas as necessidades do doente e sua família através de entrevistas. Foram também realizados por mim vários contactos telefónicos para monitorizar a situação junto da família. As intervenções programadas foram discutidas como doente e família, em reunião multidisciplinar e tive também oportunidade de discutir recursos para o doente com a enfermeira responsável pelo doente e com a assistente social, de forma a poder dar resposta às necessidades do doente e família. Esta interação com equipa fez com que me sentisse integrada na mesma e através disso consegui mobilizar a mesma de forma a poder responder melhor às necessidades deste doente e família.

O interesse por realizar este estudo de caso surgiu pelo conhecimento de que era um doente que pela sua situação de doença e contexto familiar teria necessidade de uma intervenção mais próxima por parte da equipa. F é uma pessoa com DMG com diagnóstico de Esquizofrenia Hebefrénica, com consumos de álcool e canabinoides. Teve o primeiro internamento com 14 anos, tendo seguimento pela USMC há cerca de 6 anos. Pela análise documental do processo de F percebi que associado ao seu longo processo de doença, com múltiplos abandonos de medicação, recaídas, reinternamentos, abandonos de projetos, distúrbios públicos está também uma situação familiar complexa com o divorcio dos pais, permanente conflito e agressividade entre os mesmos, entre o próprio doente e o pai e ainda conflito com as pessoas mais próximas na família, que o leva a ser expulso frequentemente de casa e passar dias desaparecido pela rua. Esta situação tornou necessária uma intervenção imediata por parte dos profissionais sob risco do doente se tornar sem abrigo.

Após entrevista ao doente e família, utilizando como base de sustentação o modelo de Neuman, foram identificados os recursos e stressores procurando conhecer o sistema individual, familiar e social e a interação entre os mesmos e através daí implementar intervenções após discutidas em equipa e feita avaliação das mesmas.

Tornou-se um caso complexo pelos avanços e recuos decorridos no pouco espaço de tempo em que foi realizado o estudo de caso, com necessidade frequente de reestruturação do plano de cuidados. Dada a sua situação de doença e o contexto familiar no final F aceita ingressar numa instituição, mantendo-se instável relativamente à sua permanência na mesma, pela dificuldade que tem em cumprir regras. Dentro da família a pessoa que se mostrou disponível para a articulação com a equipa sobre a situação de F foi a sua tia, contudo não se mostrou disponível para assumir a responsabilidade pelos cuidados a F. A realização deste estudo de caso traduziu-se para mim numa grande aprendizagem, sobretudo no desenvolvimento da técnica da entrevista, de técnicas comunicacionais, na articulação entre os vários elementos da equipa e dos recursos da comunidade, de forma a poder dar a melhor resposta possível ao doente que percebi ser uma pessoa com um “completo abandono de si mesmo”, sem a família como um recurso, a USMC torna-se o único meio de mobilizar recursos para proteger o doente. Foi também de grande aprendizagem a tomada de consciência de mim na relação que estabeleci com o doente e família, sobretudo a necessidade de tomar consciência do meu sistema de crenças e valores, para que não interferissem na relação terapêutica que pretendia, tendo mobilizado uma competência do EESM, o autoconhecimento, facilitado também pelas reflexões constantes e com a supervisão do EESMP.

### ***Grupo Psicoterapêutico para Doentes***

Integrei, na qualidade de observadora um grupo psicoterapêutico dinamizado pela psicóloga que me permitiu a aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica de grupo e de como o grupo se pode constituir como terapêutico para os doentes. As pessoas pertencem ao grupo há cerca de dois anos. São pessoas com doença mental, trabalham, e têm uma vida social ativa. Enquanto grupo procuram discutir as problemáticas que se colocam aos seus elementos. O grupo conhece-se bem entre si, o que permite uma interação profunda entre os elementos. Previamente, o terapeuta realizou psicoterapia individual a cada um dos elementos, que posteriormente integraram o grupo. Realiza com o grupo um trabalho de consciência de si, das suas dificuldades e das suas estratégias para resolver os vários problemas que apresentam.

### ***Articulação USMC com outras instituições***

Durante o meu estágio tive oportunidade de conhecer e me articular com várias instituições que se constituem como recursos comunitários para o doente. De forma a conhecer unidades que se articulam com a USMC, foi-me dada a possibilidade de conhecer duas instituições que têm como objetivo fundamental promover o desenvolvimento de competências individuais, relacionais, sociais, ocupacionais das pessoas com doença mental. Como forma de descrever a minha vivência nestas duas instituições optei por fazer uma síntese do que vivenciei em cada instituição (Apêndice 6).



## **4. INTERVENÇÃO FAMILIAR NA PESSOA COM DMG**

### **4.1 O Estado da Arte**

De acordo com Colvero (2004) e Guedes (2008), ao longo da história da psiquiatria, a família, retirou-se do cuidado do seu familiar doente mental ou foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença, pois era considerada prejudicial no processo de tratamento, outras vezes delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir face a certas manifestações do doente, pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta nos seus membros. No período pós-guerra, na segunda metade do século XX, assistiu-se a um movimento contrário, orientado para a desinstitucionalização onde se preconiza que o doente mental deixe os hospitais e retorne à sua comunidade. Assiste-se a mudanças significativas nas políticas que norteiam a assistência à pessoa com doença mental, cujo sentido geral objetiva a transformação das relações da sociedade com estas pessoas. Para Colvero (2004), os movimentos de Reforma da Assistência Psiquiátrica estão marcados pelo processo da desinstitucionalização. Com a saída dos doentes dos hospitais, surgiram novas teorias para compreender as dificuldades de aceitação pela família.

De acordo com Amaresha e Venkatasubramanian (2012) as grandes teorias relacionadas com as famílias de doentes mentais tiveram o seu auge nos anos 50 e 60, pois os familiares passaram a conviver mais de perto com o doente em sofrimento psíquico grave. Esta situação gerou muitas dificuldades de relacionamento e desencadeou, muitas vezes reinternamentos. Estes estudos tentavam compreender o papel da família perante o adoecer psíquico de um dos seus membros, e os pressupostos teóricos dessas escolas constituíram a base da terapia familiar sistémica, permitindo uma nova forma de visualizar a doença mental. Para Guedes (2008), um diagnóstico que anteriormente era restrito ao doente, passava a ser visto como um sinal de dificuldades no núcleo familiar ao qual o doente pertence, pelo que esta estrutura deverá ser tratada e transformada. Surge a ideia de famílias disfuncionais que eram entendidas como sistemas que possuem um funcionamento e uma forma de comunicação, que precisa de ser modificado. O doente passou, então, a ser visto como aquele em

quem recaem as dificuldades da dinâmica familiar. Assim, o processo de desinstitucionalização exigirá, na sua base, uma relação sólida entre doente, equipa multidisciplinar, família e comunidade. Este processo implica colocar em discussão as práticas automatizadas, não para as substituir definitivamente por outras supostamente corretas, mas para abrir e deixar permanentemente aberto os espaços de definição e redefinição do que é melhor e do que pode permitir mais liberdade.

O processo de desinstitucionalizar constitui um esforço permanente de desconstruir condutas tidas como únicas e verdadeiras, e construir na multiplicidade de fatores que envolvem o relacionamento doente / família numa experiência de convivência o mais saudável possível. Segundo o Livro Verde – CCE (2005) a desinstitucionalização dos serviços de saúde mental e a criação de serviços desta natureza ao nível dos cuidados primários, dos centros comunitários e dos hospitais gerais, adequados às necessidades dos doentes e das respetivas famílias podem contribuir para a inclusão social.

Ainda sob o processo de desinstitucionalização, vários países salientam a importância do estabelecimento de condições básicas de tratamento para o núcleo familiar (Morgado e Lima, 1994). Segundo Bandeira et al. (2007), a existência de uma sobrecarga devido aos cuidados como doente, prejudica a interação familiar e se a família não pode contar com uma rede de serviços que a auxilie nos cuidados ao doente, a tendência é haver reinternamentos sucessivos. Como é reconhecido pela OMS (2002) a possibilidade da permanência dos doentes na comunidade fez com que a responsabilidade pelos cuidados no dia-a-dia recaísse sobre as famílias. Para Brito (2011) as dificuldades em lidar com toda a complexidade de comportamentos, sintomas e problemas associados à doença e enorme sofrimento mental e físico que a doença provoca no seio da família traduz-se em dificuldades no funcionamento social e no relacionamento interpessoal. Isto conduz frequentemente a situações de incapacidade permanente, conflitos frequentes e a um baixo nível de qualidade de vida, tanto para o doente como na família (North et al., 1998; Andresen, 2003; Coelho et al, 2004).

### ***Incluir a Família***

Segundo Brito (2011) a doença provoca uma mudança dramática na vida de toda a família, com alterações nas rotinas domésticas, relações mais conflituosas entre os membros da família, redução do apoio social relacionado com os efeitos do estigma, medo e preconceito e tudo isto vivenciado no meio de sentimentos e emoções negativas como tristeza, preocupação, raiva, angustia, medo, culpa e vergonha (Marsh, 1998; Gonçalves- Pereira e Caldas Almeida, 1999; Magliano et al.,2000; Navarini et al.,2008; Sales et al.2010). Torna-se assim fundamental atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais, mas também às necessidades específicas das suas famílias (Gonçalves- Pereira e Caldas Almeida, 1999; CNRSSM, 2007, Sales et al.2010, Pereira e Gomes, 2012) de forma a tornar a família como parceira nos cuidados.

### ***Capacitar as Famílias***

Wright e Leahey (2011) consideram fundamental que a família interiorize e adquira competências que lhe permita gerir com êxito todas as situações relacionadas com o seu familiar. De acordo com o PNSM, DGS (2008), os familiares de doentes mentais devem ser considerados essenciais na prestação de cuidados de saúde mental. A participação de familiares, no tratamento, ajuda a manter o compromisso terapêutico (APA, 2010), foram desenvolvidas intervenções focalizadas na família, com a implementação do grupo de entreajuda, proporcionando uma intervenção em grupo para familiares, como refere Gonçalves-Pereira et.al (2006) este tipo de abordagem tem como foco o componente pedagógico e de suporte emocional.

De acordo com Wright e Leahey (2011) a enfermagem tem um compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional mostra que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um dos seus membros, bem como a influência sobre a doença o que obriga o enfermeiro a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Torna-se assim essencial incluir as famílias nos cuidados, pois para Gonçalves-Pereira et al. (2007) cada família tem um potencial que é a sua experiência vivida e recursos. No entanto a família experimenta com frequência, pelo facto de cuidar da pessoa com doença mental, estados emotivos que vão desde o sentimento de culpa, a ansiedade, depressão, exaustão e raiva, que se traduz numa elevada sobrecarga objetiva e subjetiva (Scazufca, 2000; Bandeira et al, 2007; Möller-Leimkühler e Wiesheu, 2012; Ozkan et al., 2013). Tudo isto explica a elevada emoção expressa frequentemente vivida no ambiente familiar, o que predispõe a recaídas (APA, 2010; Nirmala et al., 2011; Amaresha e Venkatasubramanian (2012); Urizar, 2013).

### ***Um Modelo de Intervenção***

As intervenções estão associadas a um modelo orientador da intervenção. Uma revisão sistemática efetuada por Rodrigues e Silva (2006) define três grandes modelos: modelo denominado “pragmático”, que apresenta fragmentos de técnicas, sem princípios de base ou técnicas derivadas de teorias; outro modelo cuja ênfase do trabalho é na mudança comportamental; e por fim um modelo cognitivo comportamental, que privilegia a abordagem cognitiva. De entre vários modelos destacam-se pela maior evidência de eficácia os modelos de Anderson em 1980; Tarrier et al. em 1988, modelo de Fallon et al. em 1982 e 1985, modelo de Leff et al. em 1989, 1990, modelo de McFarlane et al. em 1995 e 2002. Segundo Brito (2011) apesar das diferenças, os vários modelos de intervenção familiar apresentam como características comuns o facto de se sustentarem numa abordagem cognitivo-comportamental, com um cariz fundamentalmente psicoeducativo, tendo como objetivo melhorar a gestão da doença através da redução dos níveis de stresse no meio familiar, aprendendo a lidar eficientemente com os problemas do comportamento e melhorando a adesão à medicação, ao mesmo tempo ajudando cada um dos membros da família a alcançar os seus objetivos pessoais, e melhorando as capacidades da família para a resolução de problemas. As intervenções familiares diferem entre si nos seguintes conteúdos (Dixon et al., 2001; Liberman e Liberman, 2003; McFarlane et al, 2003; Magliano et al., 2005; Lucksed et al. 2012):

- Na estrutura: por incluírem ou não o doente (Gonçalves-Pereira et al. 2006; Lucksed et al. 2012)
- Na duração e intensidade da intervenção: pode durar meses ou anos (Lucksed et al. 2012)
- No formato: unifamiliar ou multifamiliar, só para familiares ou modelos mistos (Gonçalves-Pereira et al. 2006; Lucksked et al. 2012)
- No contexto: domicílio da família ou serviço de saúde – Hospital, serviço de apoio comunitário (Lucksked et al. 2012)
- Na maior ênfase em ou outro dos componentes: informação, comunicação, resolução de problemas, gestão de problemas especiais ou das crises (Brito, 2011; Lucksked et al. 2012).

Para Gonçalves- Pereira et al. (2006), as intervenções familiares podem ser divididas em intervenções em grupos de familiares; intervenções com uma família e intervenções com grupos de famílias. Para o mesmo autor, face às suas características todas possuem vantagens e desvantagens, sendo que todas são importantes dado a multiplicidade de problemas que estas pessoas apresentam. O importante é que coexistam nos serviços indo ao encontro das necessidades das pessoas.

	<b>IGF</b> <b>(intervenções em grupos de familiares)</b>	<b>IUF</b> <b>(intervenções com uma família)</b>	<b>IGMF</b> <b>(intervenções com grupos de famílias)</b>
<b>Características</b>	- Um ou dois terapeutas reúnem-se com familiares de diferentes doentes. - Foco no componente pedagógico, de suporte emocional ou misto.	- Um (ou dois) terapeutas reúne(m)-se com uma família, incluindo o doente. - Foco geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do "stress"	- Geralmente) dois terapeutas reúnem-se com várias famílias, incluindo o doente. - Foco geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do "stress". - Incidência direta em redes sociais de suporte
<b>Vantagens</b>	- Abordam diretamente as necessidades dos familiares da pessoa doente - Permitem trabalhar quando o doente recusa tratamento	- Abordam as necessidades de todos os membros da família - Efetividade documentada no curso clínico da doença	- Abordam as necessidades de todos os membros da família - Boa relação custo-benefício - Efetividade documentada no curso clínico da doença
<b>Desvantagens</b>	- Fracas taxas de adesão - Não parecem alterar o curso clínico da doença	- Exigem flexibilidade no agendamento; sessões desejavelmente domiciliárias	- A adesão pode ser mais difícil que com IUF

Quadro 1 - Comparação de algumas características das Intervenções Familiares na DMG (adaptado) Gonçalves- Pereira et al (2006).

Para Gonçalves- Pereira et al (2006), as intervenções em grupos de familiares (IGF), dirigem-se a grupos de familiares, mas sem a presença dos doentes. Os formatos são muito variados, podendo privilegiar programas pedagógicos (informação sobre o quadro clínico, terapêutica, etiologia, prognóstico, serviços ou a legislação de saúde mental, incluindo nalguns casos abordagens ao treino da comunicação ou resolução de problemas) ou no trabalho das emoções (ventilação de emoções, normalização ou reformulação positiva das atitudes, modelagem de níveis reduzidos de emoções expressas. Na verdade, as IGF tiveram grande desenvolvimento na sequência do estudo das EE: sobreenvolvimento emocional, comentários e hostilidade dirigida mais à pessoa com doença psicótica que aos seus comportamentos Amaresha e Venkatasubramanian (2012).

### ***A Relação entre a Família e os Profissionais***

Para CNRSSM (2007, p.85) “seja qual for a forma de intervenção de profissionais, a relação entre estes e as famílias é questão nuclear. Requer-se uma boa inter-relação de utentes, familiares e profissionais” e pede-se aos profissionais “uma atitude sistemática de atenção, compreensão, respeito e equilibrada disponibilidade, postura capaz de estimular a comunicação e cimentar uma verdadeira aliança empática, de confiança, de respeito mutuo, de esperança e comunhão de objetivos”.

De acordo com Amaresha e Venkatasubramanian (2012) as intervenções psicossociais como a psicoeducação, capacidade de comunicação, capacidade de resolver problemas, habilidades sociais e treino ocupacional, gestão de crises, e estratégias saudáveis de *coping* associadas à adesão à farmacoterapia provaram ser eficazes na redução da alta emoção expressa e melhorar o resultado do tratamento. No entanto, para o autor há uma mudança de paradigma nas intervenções clínicas centrando-se também nas intervenções baseadas na resiliência, com base na força do doente, analisando os seus pontos fortes em termos de seu potencial, habilidades, sabedoria, objetivos, capacidade de crescimento e mudança, redes de apoio social, as suas necessidades e fazer uso de esses recursos nas intervenções. Já Gonçalves-Pereira (2007) refere que devem ser desenvolvidas estratégias que potenciem

os recursos positivos da família. Para Scazufca (2000) estas intervenções têm dois objetivos fundamentais: reduzir ou prevenir os sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida de toda a família.

### ***Objetivos das Intervenções Psicoeducativas***

De acordo com a OMS (2002) as intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com DMG, têm como principal objetivo reduzir os níveis de stresse do ambiente familiar, proporcionando informação acerca da doença e formas de tratamento, melhorando os padrões de comunicação na família e as estratégias de *coping*.

### ***Importância das Intervenções Psicoeducativas***

Para Brito (2011) é fundamental que as famílias sejam positivamente envolvidas no processo de tratamento, e ensinadas e apoiadas nos seus esforços para lidar eficazmente com a doença, e esse é o principal objetivo das intervenções psicoeducativas familiares (Dixon et al., 2001; McFarlane et al., 2003; OMS, 2002; APA, 2010; Gonçalves-Pereira et al., 2007; CNRSSM, 2007). De acordo com o RPQCEESM emitido pela OE (2011), psicoeducação pode definir-se como uma forma específica de educação destinada a ajudar as pessoas com doença mental e a sua rede de apoio, como a família, possibilitando o conhecimento claro e conciso sobre a doença, o desenvolvimento de estratégias para lidar com esta, para que sejam capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e estratégias de gestão da doença. De acordo com Amaresha e Venkatasubramanian (2012) esta destina-se à redução do risco de re-hospitalização por controlar a recaída dos sintomas e a adesão ao tratamento, mas tem também como objetivo reduzir o sofrimento enfrentado pelos familiares, melhorar as relações doente-família e os padrões de comunicação. Inclui a educação do doente e familiar sobre a doença, a gestão da crise, competências de resolução de problemas, esclarecimento de mitos e equívocos e apoio emocional. Para Brito (2011) existe atualmente um consenso acerca dos elementos fundamentais das intervenções psicoeducativas na DMG, que devem então incluir: estabelecimento de relação com a família e avaliação das suas necessidades e competências, informação relevante sobre a doença e o seu tratamento, treino de competências de comunicação, treino da

técnica de resolução de problemas incluindo a abordagem de problemas específicos (medicação, prevenção de recaídas, ocupação, etc.), gestão das situações de crise e apoio familiar contínuo (Dixon et al., 2001; Liberman e Liberman, 2003; McFarlane et al., 2003; Magliano et al., 2005; Gonçalves-Pereira et al., 2007).

De acordo com estudos efetuados por Colvero et al. (2004); Berk et al. (2011); Sharon et al. (2012) as alterações familiares reveladas pela sobrecarga objetiva e subjetiva, e alterações emocionais prendem-se com o deficiente conhecimento sobre a doença e tratamento e a gestão da crise e sobre a dificuldade na resolução de problemas do dia-a-dia, reconhecendo a necessidade de desenvolver programas de informação, orientação e apoio aos familiares dos doentes.

Um estudo qualitativo recente realizado por Grácio (Grácio 2014) sobre IPF revela que a partilha de preocupações entre os familiares, habilidades de enfrentamento (*coping*), o aconselhamento acerca das formas de lidar com a doença e comportamento que daí advém, suporte emocional, lidar com o sobreenvolvimento, o reenquadramento das atribuições dos familiares acerca dos comportamentos do doente e a educação são elementos chave na IPF quando se procura regular a EE. Mostra desta forma que para além da importância da componente educativa na intervenção familiar existem outros elementos também relevantes no processo de capacitação das famílias para lidar com a DMG do seu familiar.

## **4.2 Grupos de Famílias**

### **4.2.1 Modelo de Intervenção no Internamento: Projeto de Grupo de Suporte Familiar de Pessoas com DMG**

No ano de 2014, participaram 14 familiares. Na caracterização da amostra por género e grupo etário salienta-se uma predominância da população feminina (79%), verificando-se uma maior incidência do grupo etário dos 50 aos 60 anos (50%). Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa, maioritariamente são mães que frequentam o grupo (71%). A classe social predominante destes



familiares situa-se nos “profissionais técnicos e de Enquadramento” (57%)(RAA, 2014).

Este grupo tem a finalidade de apoiar familiares de pessoas com DMG diagnosticada, sendo a interação entre os membros do grupo facilitada por uma EESMP.

O grupo de suporte familiar é um espaço de partilha de experiências enquanto familiares de pessoa com DMG que vivem em permanente atenção e tensão devido à vida familiar e social limitada, pelo estigma da doença e medo das recaídas. Neste grupo de suporte o familiar desenvolve competências para lidar com a DMG, pela troca de experiências entre pares, conseguida através da identificação com os problemas vivenciados e criação de estratégias de solução que se traduzem numa ajuda para os familiares na vivência como doente. Procura-se que aceite a DMG como doença crónica sem ter o peso do estigma mantendo a esperança do familiar com DMG não a voltar a ser o que era, mas conseguir ter uma vida normal e assumir papéis sociais e/ou cumprir micro tarefas.

Ao longo das sessões em que participei, logo me apercebi que a maioria das pessoas presentes já se conheciam e partilhavam uma cumplicidade associada ao facto de terem em comum a vivência de muitos anos de um familiar (filho, irmã) com DMG em diferentes estádios da doença. As pessoas são incentivadas a levar para cada sessão de grupo o que lhes está a provocar maior desconforto, e aí exprimem de uma forma livre o “que lhes vai na alma”, sem o medo do preconceito ou do estigma. Expõem os seus problemas ao grupo e são ouvidos, apoiados e dentro do grupo. O grupo, de acordo com as suas experiências de vida com a pessoa com DMG, transmite o seu sentir, conhecimentos adquiridos e estratégias. Esta interação entre familiares é mediada pelo EESMP que gere emoções favorecendo a sua identificação de modo a reforçar o processo de tomada de consciência de si. As emoções vividas condicionam a vivência com a pessoa com DMG e a sua própria vida. A enfermeira procura também esclarecer dúvidas sobre o processo de doença e tratamento, mantendo o alvo na manutenção do tratamento para a estabilização da pessoa com DMG diminuindo com isso o risco de recaída e a crise. Procura-se que o familiar mantenha a esperança no tratamento mesmo com a existência

de recaídas, uma vez que funcionando este como um suporte para o doente, se acreditar no tratamento, mais facilmente a pessoa com doença acreditará na sua eficácia.

Observei que os familiares que vivem com pessoas com DMG que têm frequentemente recaídas, apresentam maiores dificuldades em cumprir microtarefas e um nível social muito comprometido, apresentam-se exaustos e com dificuldade em integrar o que lhes é dito ou sugerido pelo grupo. Vivem num permanente sobressalto, condicionando toda a sua vida, com um estado emocional muito alterado e culpabilizando o sistema pela falta de respostas ou respostas inadequadas para o seu familiar doente. As pessoas cujos familiares doentes se encontram mais estabilizados na doença, com uma boa relação familiar e a cumprir as microtarefas diárias, encontram-se mais otimistas relativamente à doença. Estas colaboram no tratamento e mantêm a esperança uma vez que ao longo dos anos se aperceberam de uma evolução positiva do seu familiar doente. Apercebi-me que nestas famílias as estratégias de *coping* desenvolvidas, possibilitam que cada pessoa dentro da unidade familiar consiga ter a sua vida pessoal ao mesmo tempo que envereda esforços para que o seu familiar doente seja o mais autónomo possível.

Nas sessões a que participei ocorreu a integração de um novo familiar no grupo. Este foi acolhido pelo grupo, que lhe deu espaço para se dar a conhecer o processo de doença do seu familiar e todas as implicações associadas. O grupo mostrou-se recetivo procurando conhecer esta pessoa e através da partilha de experiências procurou aliviar este familiar do “peso” que mostrava ter. O grupo reforçou através da sua vivência a necessidade de manter a esperança. Embora este familiar se encontre desacreditado e com alguma resistência em “ouvir”, ao longo do tempo, foi-se revelando mais recetivo às experiências vividas dos outros e às estratégias sugeridas por quem vive há anos com uma pessoa com DMG.

Os familiares demonstram ambivalência de sentimentos associados à necessidade de proteção e à autonomia do doente: é uma preocupação constante “o que será dele (a) quando eu não estiver cá?”. Demonstram desta forma a necessidade de controlo total sobre o doente e por outro lado a dificuldade em ser substituído na sua ausência (esta preocupação é

maioritariamente demonstrada por familiares mães que vivem só com a filho doente e este não tem irmãos).

Revelam culpabilidade pelo início da doença e associada à recaída, demonstrando necessidade de proteger levando à superproteção do doente.

Quando mais libertos no grupo mais demonstram a crítica, a raiva pelo comportamento dos familiares e por vezes o medo de viver com os mesmos tendo em conta os comportamentos inesperados que podem colocar a sua integridade física em risco bem como a de terceiros. Demonstram o sobressalto da sua vida pelo comportamento inesperado do doente.

Enquanto grupo foi flagrante a perceção da sobrecarga subjetiva, a dificuldade em lidar com a imprevisibilidade da doença, os sintomas e as repercussões destes no doente e na família que muitas vezes se traduz na dificuldade de relação como doente, dificuldade de comunicação, resolução de problemas do dia-a-dia e com isso o cansaço e exaustão apresentados pelos familiares. Um aspeto muito nomeado pelos familiares foi sentirem-se sem apoio nas suas necessidades, tanto de outros familiares (que se afastaram ou foram afastados pela situação de doença), como dos recursos externos da comunidade (equipe de saúde, sistema judicial). Tudo isto se reflete em culpa, medo, tensão, isolamento, descreditação, com consequências a nível pessoal para os elementos da família e para o familiar doente e de forma mais global, a nível social.

#### 4.2.2 Modelo de Intervenção na Comunidade: Grupo Psicoeducativo para Familiares de Pessoa com DMG

O grupo psicoeducativo para familiares de pessoa com DMG, baseado no modelo de Kuipers, Leff e Lam (Gonçalves-Pereira et al., 2007). Depois de avaliados pela equipa e de feitas as entrevistas foram selecionados para integrar o grupo 13 pessoas das quais existiram 4 *dropouts*. É um grupo fechado e foi realizado com uma periodicidade quinzenal com a duração de 1h30 (Janeiro de 2015 a Julho 2015). O grupo foi dinamizado por duas EESMP que funcionaram em co-terapia, tendo convidado outros técnicos para dinamizar algumas sessões. No total foram realizadas 12 sessões. As sessões iniciaram-se com a apresentação do grupo que se estava a formar. A segunda sessão iniciou-se a temática sobre saúde e doença mental onde se procurou perceber a perspetiva

do grupo sobre doença mental. A terceira e quarta sessões pretendiam transmitir conhecimento sobre a DMG e sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico que é feito na DMG tendo sido dinamizadas por um médico psiquiatra convidado. Na quinta sessão deu-se continuidade à temática sobre o tratamento não farmacológico e prevenção das recaídas. Na sexta e sétima sessão foi trabalhada a temática da comunicação tendo sido fornecidos recursos para melhoria da comunicação em família. Na oitava sessão e ainda com continuidade na comunicação foi falada a temática da importância de estabelecer limites. Na nona sessão a temática foi a resolução de problemas onde foi explorado o método de resolução de problemas. Na décima sessão a temática foi a gestão do stress e a crise. A penúltima que foi dinamizada por organizações convidadas a participar, procurou-se dar a conhecer os recursos na comunidade de apoio à pessoa com DMG e sua família e a sua importância no processo de tratamento. Na última sessão que foi a despedida do grupo, foi feita uma síntese das temáticas abordadas nas sessões, esclarecidas dúvidas, terminado com uns minutos de relaxamento e por fim um lanche (atividades escolhidas pelos familiares no exercício que utilizou o método de resolução de problemas).

Durante este grupo, depois de ter colaborado na seleção dos participantes, permaneci a maioria das sessões como observadora participando pontualmente nalgumas delas. Trata-se de um grupo em que as sessões são estruturadas com temáticas bem definidas e sobre as quais se procura o envolvimento da família.

O facto de as sessões serem estruturadas por temáticas previamente definidas, tornam claras as dúvidas que as pessoas do grupo apresentam sobre a vivência com a pessoa com DMG. Embora alguns elementos permanecessem menos participativos, denodou-se as muitas dúvidas que estes familiares apresentam sobre a doença do seu familiar. Houve a preocupação de aliviar o peso da culpa que estes familiares sentem pelo desencadear da doença (sendo pai ou mãe a maioria sente culpa) pareceu-me que as sessões direccionadas a esta temática se tornaram esclarecedoras para estes familiares, que tiveram oportunidade de expor as suas preocupações e as suas dúvidas.

Relativamente à comunicação, procurou-se que o grupo, compreendendo melhor a doença procurasse melhorar as técnicas de comunicação dentro da família. Senti que a problemática da comunicação, assim como a necessidade de definir limites e a técnica de resolução de problemas exige mais sessões para ser melhor integrada na vida diária destes familiares. Afinal, estes familiares convivem, na sua maioria, diariamente com a pessoa com doença mental, e os anos de convivência fez com que criassem os próprios métodos e estratégias para a convivência com a pessoa com DMG de forma a permitir a sobrevivência da família enquanto unidade, procurando proteger a pessoa com DMG, esquecendo-se muitas vezes de eles próprios enquanto pessoas. No que senti maior resistência foi na temática “Estabelecer limites”, esta foi uma temática difícil de ser trabalhada com o grupo pelo medo demonstrado pela maioria das pessoas de com isso aumentar o risco de recaída. Existe o medo da crise e da recaída e este medo está bem presente nos familiares. A preocupação com a pessoa com DMG é uma constante na vida destes familiares: desde a toma da medicação, em cumprir o tratamento, as micro tarefas diárias e denota-se a proteção da família em afastar o seu familiar doente de fontes de stresse. Neste grupo existe uma família em que o filho se encontra mais estabilizado, tendo o seu emprego, a sua casa e gerindo a sua vida. Apercebi-me que nesta família a independência do filho se traduz em maior independência de cada um dos familiares na sua vida diária, em que cada um na família se dedica a atividades que lhes dão prazer, descentralizando-se mais da pessoa com doença. Por outro lado, uma das maiores preocupações demonstradas por estes familiares é a falta de controlo sobre o seu filho pelo facto de este ser mais autónomo, demonstrado a dificuldade em perceber a importância da autonomia para o seu filho mostrado o sobreenvolvimento emocional. A maioria dos familiares do grupo vive com o seu familiar com DMG e demonstram que a sua vida é absorvida pela pessoa com DMG.

A partilha de vivências e experiências foi fundamental na coesão do grupo, sentindo que ao longo das sessões o grupo foi falando com mais facilidade sobre a vivência com a pessoa com DMG e esta partilha foi importante na evolução do próprio grupo e nos conhecimentos que adquiriram. A partilha das emoções que vivem foi também um aspeto que uniu o grupo em que cada pessoa sentiu que

as emoções que vivem são partilhadas pelo grupo. A culpa sentida pelo início da doença, associada ao desconhecimento dos fatores desencadeantes é aliviada com a transmissão de conhecimentos sobre a doença e tratamento. Mantém a necessidade de superprotecção do doente, embora esclarecidos da importância da maior autonomia possível do mesmo, demonstrada pela dificuldade em assimilar isso, parecendo-me movidos por uma conduta de muitos anos a proteger o seu familiar doente.

No grupo psicoeducativo talvez pelo tipo de grupo e pelo tipo de trabalho que esteja a ser desenvolvido pela equipa de forma individual às famílias observa-se o sobrenvolvimento emocional mas é também perceptível a existência de uma menor sobrecarga, sobretudo do ponto de vista subjetivo, em que se verifica que a maioria dos familiares aceita a doença apesar de mostrar algum desconhecimento sobre a mesma, a evolução e tratamento, procurando adaptar-se às intercorrências do dia-a-dia, manifestando a ajuda que tem da equipa da USMC nesse sentido, esforçando-se para manter a unidade familiar. Neste grupo os familiares identificam pessoas que tem de recurso e atividades que realizam, mostrando que cuidam deles próprios, o que me parece contribuir para uma diminuição da sobrecarga.

#### 4.2.3 A análise da vivência nos modelos de intervenção em Grupos de Famílias

Durante a permanência nas sessões dos dois grupos, e com o consentimento das pessoas presentes nos grupos, elaborei notas de campo das interações das pessoas no grupo e destas com os profissionais. Após a participação nos dois grupos de famílias e como forma de comparar as duas abordagens organizei por temas os assuntos abordados pelos grupos. (Apêndice 7).

Através da análise das notas de campo que efetuei nos dois grupos foi identificado um conjunto de temas abordados pelos familiares sobre o quotidiano da sua relação com o familiar doente, assim surgiu:

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dificuldade na compreensão da doença e da sua evolução assim como dos efeitos da medicação.</li><li>- Gestão da medicação e tratamento por parte da pessoa doente.</li></ul>
--	--

Problemáticas/dificuldades apresentadas pelos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade na compreensão e gestão de comportamentos desajustados do familiar doente</li> <li>- Dificuldades de comunicação com o familiar doente.</li> <li>- Medo: que o doente atente contra si próprio ou contra o familiar com quem vive, medo da crise.</li> <li>- Culpa: pela doença pela recaída e pela crise.</li> <li>- Estigma (isolamento social, da restante família e amigos) e auto-estigma.</li> <li>- Desacreditação nas estruturas existentes no apoio efetivo aos familiares (serviços de saúde, forças de segurança).</li> <li>- Preocupação com o futuro do familiar doente.</li> </ul>
Fatores de melhoria apresentados pelos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprir da medicação e tratamento</li> <li>- Ter rotinas, uma ocupação, ter um emprego</li> <li>- Acreditar na melhoria da pessoa doente, reconhecendo e valorizando os pequenos progressos.</li> <li>- Apoio especializado ao familiar e doente (ex: psicólogo, frequentar um grupo de apoio).</li> <li>- A existência de comentários positivos.</li> <li>- Calor afetivo.</li> </ul>
Reforços/recursos identificados pelos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de atividades que dão prazer e bem-estar aos familiares.</li> <li>- Identificação de pessoas de referência/ suporte.</li> </ul>
Conhecimentos demonstrados pela vivência de anos com a doença do familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento dos sinais/ sintomas de recaída.</li> <li>- Conhecimento da importância de aprender a comunicar e impor limites.</li> <li>- Conhecimento da importância do tempo.</li> <li>- Reconhecimento dos pequenos progressos.</li> <li>- Conhecimento de associações de apoio.</li> </ul>

Quadro 2: Temas abordados pelos familiares nos grupos.

### ***Problemáticas/dificuldades apresentadas pelos familiares***

Pelo que foi transmitido pelos familiares, as problemáticas/ dificuldades apresentadas centram-se:

Na dificuldade na compreensão da doença e da sua evolução assim como dos efeitos da medicação (Brito, 2011), suportado com o que foi expresso pelo familiar quando não consegue atribuir uma causa para o comportamento do filho: *“ele não é uma pessoa compreensiva...ele não é uma pessoa acessível...que aceite qualquer coisa...nada...ele tem uma maneira de estar...uma maneira de*

*ser...que também não é normal penso eu...ou é da doença...ou é do álcool...ou é dele já característico...porque também é a tal coisa da genética...o pai dele também tem problemas(...) as vezes digo que é do pai...se calhar...aqueles defeitos que ele tem não é do pai...são meus...mas as minhas características não se desenvolveram” sic. e pelo reconhecimento de que não se está preparado para a doença: “não estamos preparados para agir com estas doenças...ninguém está” sic.*

Na gestão da medicação e tratamento por parte da pessoa doente (Hatfield, 1990; Adamec, 1996; Brito, 2011), suportado com o que foi expresso pelo familiar quando manifesta revolta com o incumprimento do filho na toma da medicação: *“como se faz?...não lhe posso meter os medicamentos na boca...” sic.*

Na dificuldade na compreensão e gestão de comportamentos desajustados do familiar doente (Lefley, 1987; Hatfield, 1990; Adamec, 1996; Colvero, 2004; Brito, 2011) suportado com o que foi expresso pelo familiar quando mostra inquietação pelo facto do filho em casa não fazer nada e manifesta que não sabe atuar, não sabe como fazer para que o filho aceite o que o pai lhe diz. Mostra como preocupações *“como come...como dorme...a forma como se veste...”*. E que não sabe como fazer para que o filho tenha hábitos de alimentação, de sono regulares: *“comer a horas...dormir a horas...tomar os medicamentos a horas...”sic. “para que os medicamentos sejam tomados a horas, que é o fator principal...” sic.*, uma vez que para este pai o que leva o filho a não tomar os medicamentos é o facto de não ter rotinas: *“em vez de se levantar às 8h ou 10h, levanta-se às 13h, não tem vontade de comer...come mal...”sic.*

Na dificuldade de comunicação com o familiar doente (Lefley, 1987; Adamec, 1996; Brito, 2011) suportado com o que foi expresso pelo familiar *“eu não consigo ter conversas com o meu filho...alias o meu filho só fala comigo cinco minutos comigo se estiver alcoolizado...se não estiver alcoolizado não fala...e quando está alcoolizado eu não falo com ele porque não me interessa falar com ele porque ele diz baboseiras e uma pessoa não está para ouvir as baboseiras”* sic. Ou quando refere: *“então tu fizestes isto, fizeste aquilo...”sic.* ele ataca logo e responde com o ataque. *“eu não consigo ter cinco minutos de conversa com o meu filho...”sic*



No medo: que o doente atente contra si próprio ou contra o familiar com quem vive, medo da crise (Hatfield, 1990; Adamec, 1996) suportado com o que foi expresso pelo familiar: Medo do filho atentar contra si próprio: “e fazia 10 a 12 km a pé até ao mar, o que faço? prendo-o, agarro-o, telefono para quem? O que é que tenho que fazer?(...)ele quando lá chegasse podia fazer o que quisesse (...)e eu mandava outras pessoas para lá ir...para não me conhecer...mas era um inferno...ele chega lá às arribas e o que é que faz? nunca sei...ainda mais nesses casos” sic. Medo/ desespero em viver com o filho: “eu também já tenho medo de viver com ele...viver com ele quando ele tem álcool...nos dias em que bebe álcool...eu não sei o que é que vai acontecer...” sic. Medo pelos comportamentos violentos do filho:“...às vezes até nem havia qualquer coisinha...mas era da cabeça dele...que despoletava situações e pensamentos de agressividade...e quando ele pegou na grelha do fogão e partiu-me a porta...se ele me dá com aquilo na cabeça...de certeza que não estava aqui, não...e outras coisas que ele fez assim...desse género...a situação foi para além do limite...(...)e eu ali...indefesa...para aquilo que pudesse acontecer...”, “eu não podia fazer nada...ele é que punha e dispunha de tudo e de todos” e “era muito violento...muito...muito violento” sic. Medo por se manter continuamente agredida pelo filho só aliviado após o internamento do mesmo: “andei meses escravizada porque ele me obrigava a ir ao multibanco levantar dinheiro”, *maltratava-me*” sic. Com agressão verbal referindo que foi “pavoroso, horrível” sic., só conseguindo alguma tranquilidade após o seu internamento.

Na culpa: pela doença pela recaída e pela crise (Hatfield, 1990; Adamec, 1996;), demonstrado no discurso do familiar como uma mãe que associa os comportamentos disruptivos do filho ao divórcio dos pais: havia comportamentos que a deixavam com dúvidas e os comportamentos de oposição eram vistos pela mãe como fruto do divórcio com o pai (associação do comportamento desadequado do filho ao divórcio) e o facto do “pai estar sempre contra mim ”sic. e ele sentir isso. Ainda hoje a mãe considera que a situação do divórcio influenciou sobretudo a personalidade: “eu acho que ele tem uma dupla personalidade” sic.

No estigma e auto- estigma (Hatfield, 1990; Lefley e Watson, 1994; Adamec,1996) que conduz ao isolamento social, da restante família e amigos

verificado no discurso da família quando refere: *“eu tive sempre nisto sozinha, porque o pai sempre achou que ele não tinha problemas”* sic. ou manifestando que *“é uma doença que se esconde”* sic.; *“depois lá fora ninguém nos ouve...ninguém nos escuta...nem vale a pena falar muitas vezes...as pessoas não sabem...não entendem...”*; *“já que a família esconde, os amigos não sabem...os próprios doentes também se fecham porque não são compreendidos”* sic.

Na desacreditação nas estruturas existentes no apoio efetivo aos familiares (Adamec, 1996) como os serviços de saúde e forças de segurança, o que é concordante com o que foi expresso pelos familiares, quando uma familiar se mostra desacreditada do apoio médico manifestando que as suas queixas não são ouvidas: *“Eu cada vez mais estou mentalizada de que não há ajuda possível...se uma pessoa não...é deixar andar as coisas até as coisas acontecerem...é assim”* sic., ou quando refere não ser valorizada nas queixas que faz à médica do seu filho *“como o M é que era doente...eu não era ouvida”* ou quando mostra desagrado e descrença pela não articulação psiquiatria/alcoologia: *“a psiquiatria também tem que saber definir se o problema dele começa a ser o álcool ou a doença psiquiátrica”* sic., manifestando desagrado pela não articulação entre a psiquiatria e outras especialidades, pelo sistema não responder às suas necessidades enquanto familiar. Manifesta também que o sistema não responde às necessidades do filho enquanto doente: *“o meu filho já atropelou uma pessoa...já matou uma pessoa de carro...alcoolizado... e sabe o que é que eles fizeram?...fizeram-no ir de mês a mês ou de três em três meses á consulta de alcoologia...tem estado a dar algum resultado? Não tem...”* sic. Falta de resposta das forças policiais: *“como é que eu chamava os bombeiros e a polícia, o M. tão depressa estava em casa como não estava, e depois como é que eu fazia? Chegavam lá e depois não o levavam...e depois o que era de mim...isto não é fácil”* sic.

Na preocupação com o futuro do familiar doente (Adamec, 1996; Bandeira et al, 2007), o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar: demonstrando medo do futuro quando já não estiverem presentes: *“se me acontece qualquer coisa...ele de um momento para outro estoirá tudo...quer dizer...não há perspectivas...nesse aspeto não há perspectivas de ele mudar...o dinheiro que*

*tem gasta logo...tem sido sempre assim...” sic. “pela ordem natural das coisas ele deve cá ficar e nós vamos” sic. “quando não estivermos cá” sic.*

### ***Fatores de melhoria da pessoa com DMG***

Relativamente aos fatores de melhoria apresentados pelos familiares, todos parecem concordar com um conjunto de aspetos:

Cumprir a medicação e tratamento (Spaniol, 1987; Adamec, 1996), o que é concordante com o que foi expresso pelos familiares quando uma mãe refere que ele hoje cumpre a medicação e com isto já começa a ser pontual, e que agora já consegue ir a um local sem voltar para trás, reforçando estes pequenos ganhos do dia-a-dia. Esta mãe reconhece melhorias e mostra alívio pelo facto do filho estar estabilizado. Ou outra mãe que refere que nos 9 meses que teve no H. Dia houve duas coisas que ambos (mãe e filho) adquiriram: a diferença entre quem está medicado e quem não está medicado e o filho aceitou a medicação e outra são os exercícios e práticas que os doentes têm: manifestar o que sentem *“o que lhes vai na alma”* sic, expressar sentimentos, destacando este aspeto como uma mais-valia.

Ter rotinas, uma ocupação, ter um emprego (Adamec, 1996; Fallon, 2003) o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar, a mãe do O refere que é importante que as pessoas com estas doenças se sintam uteis, que tenham objetivos e que no caso do seu filho, mesmo com a crise de emprego e a maior possibilidade de não ter emprego, procurou manter-se a estudar e *“realmente encontrou um objetivo...não quer dizer que quando acabar o curso que as coisas corram assim, mas se calhar já ele estará com outra mentalidade...”* sic., mantendo a ambição por concluir os estudos, ou a mãe que manifesta sentir-se contente e mais tranquila por ver o filho a responsabilizar-se por pequenas coisas: *“é o HE que vai com a cadela à rua”* sic.

Acreditar na melhoria da pessoa doente, reconhecendo e valorizando os pequenos progressos (Adamec, 1996), o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar: *“em vez de olhar para a maneira como ele estava ontem e não ver melhoras...não penso no dia de ontem...penso no mês anterior ou...no ano anterior...e realmente há coisas que eu...no dia-a-dia não dou por isso...quem tem filhos não os vê crescer...comecei a olhar e disse “nota-se*

*progressos"...é como se fosse a tal evolução lenta...no caso dele não foi assim tão lenta...não foi assim tanto tempo..." sic.*

O apoio especializado ao familiar e doente (Adamec,1996; Brito, 2011; Grácio, 2014) o que é coincidente com o que foi expresso pelo familiar quando manifesta que no grupo as pessoas se compreendem de uma forma diferente pelo facto de terem coisas em comum e conhecimento de causa: *"quem não passa, não sabe"* sic. *"não sabe...nem sonha muito menos...ainda bem...por um lado ainda bem porque estão fora destas situações, mas quem está...precisa de muito apoio"* sic. Ou a mãe procurou ajuda de uma psicóloga que a acompanhou durante 8 anos: *"se estou aqui devo ao discernimento que tive na altura e tinha capacidade económica, pois paguei do meu bolso...e digo-lhe foi o melhor investimento da minha vida"* sic. Manifesta o quanto foi importante para si este acompanhamento: *"aprendi a conhecer-me"* sic.

A existência de comentários positivos, componente das EE (Mcfarlane, 2002; Grácio, 2014;), constituindo-se como declarações de apreciação, suporte e reforço verbal e não verbal do comportamento do doente, o que é sobreponível com o que é expresso pelo familiar que manifesta a importância de fazer comentários de forma positiva: A mãe de H. diz que frequentemente lhe diz: *"que menino bonito...hoje lavas-te o teu pratinho...hoje arrumas-te a cozinha"* sic., manifestando que é importante o reforço pelos comentários positivos.

O Calor afetivo, componente das EE (Mcfarlane, 2002; Grácio,2014;), reflete a bondade, preocupação e empatia que é manifestada pelo familiar quando fala do familiar doente, o que é coincidente com o que foi expresso pelo familiar: a mãe de M, refere que também pediu ajuda e foi acompanhada (2 anos) e que considera que foi muito importante sobretudo para conseguir verbalizar *"as coisas de uma maneira diferente"* sic., dizendo as coisas de forma afetiva, mas ao mesmo tempo fazendo um desligamento emocional: *"tendo a força para dizer...assim, isto tem que ser assim...e sem proteção mas também sem raiva, porque a raiva destrói"* sic., tentar saber comunicar: *"eles têm que perceber que nós gostamos deles"* sic.

### ***Reforços/ recursos identificados pelos familiares***

Quanto aos reforços/ recursos identificados pelos familiares:

A Identificação de atividades que dão prazer e bem-estar aos familiares, constituem-se como uma forma de perceber que os familiares se dedicam a eles próprios enquanto pessoas (Spaniol, 1987; Mcfarlane, 2002; Brito, 2011). Ao longo das sessões que participei no grupo de Suporte Familiar, não ocorreram manifestações de atividades que lhes dão prazer. No grupo psicoeducativo alguns familiares manifestam centrar-se no familiar doente como uma mãe que manifesta “*nunca mais fiz nada*” sic., “*passo a vida a cuidar dele*” sic. Alguns familiares manifestaram na sessão de apresentação do grupo que realizam algumas atividades como: pilates, hidroginástica, leitura, caminhadas, pintura, tricôt, tapeçaria, jardinagem, saída com amigos.

Identificação de pessoas de referência/ suporte. A identificação de pessoas de referência/ suporte significa a identificação de redes de suporte que contribuem para a ajuda na vivência como doente e com isto contribuem para diminuir o isolamento da família (Mcfarlane, 2002; Brito, 2011). No Grupo de Suporte Familiar, ao longo das sessões, observei que os cuidados são centrados no cuidador familiar (que assiste ao grupo) e que as fontes de suporte, quando existem, são maridos, esposas e outros filhos (irmãos), ex-sogros e o Grupo de Suporte Familiar. As pessoas de suporte identificadas são pessoas que vivem na mesma habitação ou tem uma relação de grande proximidade com o familiar do doente. No Grupo Psicoeducativo os familiares apresentam como pessoas de suporte: marido, outros irmãos do doente, amiga, vizinha e médicos e enfermeiros.

### ***Conhecimentos demonstrados pela vivência de anos com a doença do familiar***

Relativamente aos conhecimentos demonstrados pela vivência de anos com a doença do familiar no Grupo de Suporte Familiar assim como no Grupo Psicoeducativo verifica-se que o conhecimento da pessoa doente a vivência de anos com a doença do familiar se traduziu em conhecimento como o reconhecimento dos sinais/ sintomas de recaída. No Grupo de Suporte Familiar existe ainda o reconhecimento da importância de aprender a comunicar e impor

limites, da importância do tempo, o reconhecimento dos pequenos progressos, conhecimento de associações de apoio.

### ***Trabalhar com as famílias***

A minha participação nos grupos, o modo como senti e vivenciei o grupo permitiu-me também ter a percepção:

Da sobrecarga e subjetiva e objetiva (March, 1994; Lefley, 1996; McFarlane, 2002; Brito, 2011), sendo a sobrecarga objetiva relacionada com os efeitos específicos na vida familiar, a nível financeiro, de saúde e de organização e a sobrecarga subjetiva, relativa às consequências psicológicas e aos sentimentos de mal estar experienciados face à situação de doença, o que é concordante com o que foi expresso pelos familiar quando demonstra cansaço e exaustão e dificuldade em ouvir o grupo: *“não me façam essa conversa...é que eu fico cansada...desculpem lá...porque são muitos anos...eu já andei na alcoologia, nos familiares do ALANON, eu já andei noutros grupos...por isso, os procedimentos eu sei...o que se deve fazer...e estou muito melhor...acho eu...”* sic. ou quando demonstra sofrimento pela necessidade reinternamento do filho. Demonstrado também o cansaço pelo incumprimento e resistência do doente: *“o que eu acho...da minha parte...eu estou extremamente cansada do complexo todo...da situação toda... e ele diz-me assim: eu não mudo...a mim ninguém me muda...e os médicos não têm razão...”* sic. Manifestam também revolta e cansaço pelos sintomas da doença e pelo facto de as manifestações da doença serem negativas. Quando o cansaço e a exaustão que se traduzem em dificuldade de comunicação com o filho: *“eu digo assim: H. tu podes fazer a vida que queres epá não me chateies...epá entras em casa...entras em casa para o teu quarto...no teu quarto conversas..., queres beber, bebes...tu achas que deves beber...bebes...agora não venhas para casa chatear ninguém”* sic., pelo facto de por vezes ser difícil a convivência como doente pelas características da doença. O reconhecimento que enquanto família também adoecem: demonstra que quando os familiares estão internados os cuidados centram-se neles, *“mas nós também ficamos doentes, essa é que é a verdadeira verdade”* sic. Depressão em consequência da doença do filho. Angustia por se ver sem soluções para o seu filho: *“ele não vai aceitar a doença e é o fim”* sic. Está

também presente a sobrecarga objetiva quando há o reconhecimento, que enquanto familiares necessitam de muito apoio, uma vez que têm a necessidade de se manter a trabalhar, e com as obrigações pessoais e sociais e com a doença ou quando o doente trabalha, mas não ajuda nas despesas de casa.

Do sobreenvolvimento emocional, componente das EE (Mcfarlane, 2002; Brito, 2011 Grácio, 2014;) em que o familiar, geralmente conduzido por sentimentos de culpa, mostra altas doses de proteção, autossacrifício, identificação e emotividade, promovendo a dependência do doente no seu cuidador familiar, que é coincidente com o que foi expresso pelos familiares: *“eles estão aqui... nós também... e às vezes as coisas tornam-se completamente insustentáveis... é muito violento para eles e para nós... porque eles não têm a consciência de muita coisa... não têm discernimento e nós estamos envolvidos de uma tal maneira... que quase não conseguimos respirar”* sic. A superproteção: superproteger porque tem a doença, que pode levar à substituição da pessoa e ao controlo total, o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar: a mãe de P. refere que ele está bem, mas que continua a não ter horas para dormir e se tem um dia de folga, dorme todo o dia e tem pouca vontade de comer. A mãe pediu ao filho para voltar (vive em Inglaterra com a irmã) porque acha que as coisas não estão a correr bem, mas ele recusou. O familiar mostra desespero, angustia e ansiedade por não conseguir controlar o comportamento imprevisível do filho *“e fazia 10 a 12 km a pé até ao mar (...) o que faço? prendo-o, agarro-o, telefono para quem? O que é que tenho que fazer? ele quando lá chegasse podia fazer o que quisesse, e eu mandava outras pessoas para lá ir... para não me conhecer... mas era um inferno... ele chega lá às arribas e o que é que faz? nunca sei... ainda mais nesses casos”* sic.

Do criticismo, componente da EE (Mcfarlane, 2002; Grácio, 2014), comentários críticos sobre comportamentos considerados desajustados do familiar doente o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar: A mãe do RO questiona a mãe do H como bebe álcool e toma medicação, mostrando que são incompatíveis. E a mãe do H reconhece isso, no entanto diz que o filho não compreende isso e embora esteja a ser seguido no CRAS mantém-se a beber bebidas alcoólicas, manifestando que deveria ser obrigado, mostrando revolta por o filho não aderir ao tratamento.

Da hostilidade, componente das EE (Mcfarlane, 2002; Grácio, 2014), que comporta a raiva e a irritação, demonstrada em comentários críticos que rejeitam o doente, o que é concordante com o que foi expresso pelo familiar: Quando a mãe de HE refere que este tem maior predisposição para fazer mal a si mesmo, a mãe do H interpela e refere “*antes a ele próprio que aos outros*” sic., mostrando exaustão e mesmo desinteresse pela segurança do filho.

De forma global, os modelos de intervenção em grupos de familiares mostram-se distintos, quanto à estrutura e objetivos de cada modelo, forma de intervenção dos profissionais e os assuntos que emergiram do próprio grupo. Enquanto que no Grupo de Suporte Familiar as manifestações das vivências com doença mental foram diversificadas e surgem de forma livre e espontânea, no Grupo Psicoeducativo mostraram-se muito mais comedidas, mostrando-se os elementos do grupo com uma postura de ouvintes face à informação que foi sendo transmitida ao longo das temáticas das sessões. Por outro lado, os familiares do Grupo de Suporte Familiar na generalidade, o único acompanhamento que têm é feito pelo grupo em que estão inseridos e o acompanhamento é feito pelo EESMP de acordo com as problemáticas levantadas. Este procura transmitir conhecimentos ou dar suporte emocional. O facto de as sessões serem ilimitadas permitem um acompanhamento de anos a estes familiares e por isso o encontro de familiares com diferentes formas de vivenciar a doença e com diferentes níveis de enfrentamento. As pessoas que pertencem ao grupo Psicoeducativo eram acompanhadas de forma individual pela equipa da USMC e continuarão a ser após término do grupo, o que me leva a pensar que este acompanhamento familiar individual possa contribuir para uma vivência diferente com a doença mental, isto é, tenham adquirido mecanismos de *coping* que lhes permite a vivência com a doença mental do seu familiar de uma forma mais tranquila quando comparado com o Grupo de Suporte Familiar.

Como forma de conclusão, parece-me as duas formas de intervenção se complementam. Depois deste trabalho compreendo que os familiares necessitam de um espaço em que possam livremente falar dos seus problemas, ventilar as emoções associadas de forma espontânea, livre, sem receio de dizer “o que lhe vai na alma” e ouvir o feedback dos demais que também estão a



passar ou passaram por situações semelhantes. O processo de identificação possibilita nas famílias o sentimento de estar a ser verdadeiramente ouvido e compreendido e favorece a criação conjunta de algumas estratégias para lidarem com os problemas do dia-a-dia. Necessitam por outro lado de um profissional de saúde como moderador, como o EESMP que, estabelecendo uma relação terapêutica, os ajude a estruturar/ reformular a vivência destas emoções a lidar com o sobreenvolvimento e a reenquadrar as atribuições dos familiares acerca dos comportamentos do doente, mobilizando os conhecimentos em função das preocupações das pessoas e dificuldades que colocam. No grupo Psicoeducativo, as famílias já são acompanhadas individualmente pela equipa e foi-lhe proporcionado um pacote de informação estruturada sobre um conjunto de temáticas pré-definidas de acordo com um modelo de intervenção. A vertente educativa afigura-se como muito relevante, uma vez que me apercebi que o desconhecimento significa também maior dificuldade em lidar com os problemas que se colocam no dia-a-dia que se traduz em aumento da ansiedade, stresse, tensão, com repercussões nas relações familiares. Num ensino mais estruturado, com temáticas definidas ao longo das sessões permite ao familiar estruturar mentalmente os conhecimentos adquiridos. De acordo com os discursos dos familiares este é um aspeto muito importante.

## 5. AS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS COMO EESM

De acordo com Zabala e Arnau (2010), uma pessoa não é competente em si mesma uma vez que esta necessita ser demonstrada numa situação real. Ser competente é, ao agir, mobilizar, de forma integrada, conhecimentos e atitudes mediante uma situação-problema, de forma a resolver a situação com eficácia.

Para Zabala e Arnau (2010) as competências caracterizam-se pelo desenvolvimento em função das necessidades da pessoa, na sua dimensão social, interpessoal, pessoal e profissional.

Ao longo do estágio de internamento e posteriormente na USMC procurei o desenvolvimento das competências como EESM nas suas várias vertentes de acordo com o RCEEESM:

Na dimensão pessoal: *deter um elevado conhecimento e consciência de mim em primeiro lugar, enquanto pessoa e também como enfermeira, de acordo com as minhas vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional adquirido.*

Este relatório, reflete também um trabalho individual que desenvolvi na minha relação comigo própria e com o outro e que para mim foi fundamental no meu processo de desenvolvimento enquanto EESM: “O processo de autoconhecimento”; “Eu na relação com o outro: o processo de transferência e contratransferência” (Apêndice 8). A utilização da escrita sobre as minhas vivências ao longo do estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento do processo reflexivo que me permitiu também tomar consciência de mim na relação terapêutica, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. As minhas reflexões basearam-se sobretudo no que fui encontrando nos contextos de estágio e que me despertou motivo de reflexão sobre as práticas como a reflexão sobre o primeiro dia no serviço de internamento e sobre a morte no serviço de psiquiatria, reflexão sobre a experiência de enfermeira de cuidados intensivos como Especialista em saúde Mental e Psiquiatria e sobre as técnicas utilizadas para o estabelecimento de uma relação terapêutica como a comunicação, a entrevista, o processo de resolução de problemas e a relação de ajuda (Apêndice 8).

Durante todo este processo de aprendizagem utilizei e desenvolvi várias técnicas: a pesquisa, a observação, a entrevista, a reflexão, a elaboração de

diários de aprendizagem. Os meus diários de aprendizagem são sobretudo reflexões sobre os contextos, as minhas experiências, vivências durante este processo de aprendizagem, orientadas pelo Ciclo Reflexivo de Gibbs, 1988 (Jasper, 2003), para mim fundamental no desenvolvimento do processo reflexivo.

Relativamente à dimensão profissional, influenciada pela dimensão pessoal, interpessoal e social, encontram-se como competências mais específicas:

*Assistir a pessoa, família, grupos e comunidade contribuindo para a otimização da saúde mental*, onde procurei recolher a informação necessária e pertinente para compreender o estado de saúde mental do doente (pessoa, família) de forma a promover, proteger a saúde e prevenir a doença mental, sobretudo nos familiares. Para isso desenvolvi e mobilizei aptidões comunicacionais, a técnica da entrevista, observação do comportamento, análise dos registos assim como avaliação do doente (recursos internos) e do seu contexto (recursos externos), estabeleci intervenções prestando cuidados aos familiares tendo como objetivo principal a proteção da sua saúde mental que se encontra em risco pela vivência permanente com a doença mental do seu familiar.

*Ajudar a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*, nesta situação, onde está presente a doença tornou-se necessário a sistematização e análise crítica dos dados para determinação de um diagnóstico de saúde mental e a partir de aí criar um plano de cuidados a implementar negociado com o doente. Procurei prestar cuidados baseados na melhor evidência científica disponível, de forma a promover e proteger a saúde mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promovendo a funcionalidade e qualidade de vida do doente, tendo em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do doente a problemas de saúde reais ou potenciais.

*Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, mobilizando os recursos (contexto, dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*, onde procurei implementar intervenções

identificadas no plano de cuidados que permitissem ajudar o doente a alcançar um estado de saúde mental o mais próximo possível do que deseja e/ou adaptar e integrar em si mesmo a situação de doença vivida, mobilizando para isso intervenções de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional com o objetivo de ajudar o doente a mobilizar as suas potencialidades e capacidades, contribuindo para que possa desta forma atingir um padrão de funcionamento o mais saudável e satisfatório para que possa contribuir para a sociedade em que se insere. Por outro lado, procurei desenvolver capacidades na intervenção em dinâmica de grupo através da observação e participação nos mesmos.

## CONCLUSÃO

É, do meu ponto de vista impossível prestar cuidados a uma pessoa com DMG sem ter em conta todo o seu contexto individual, familiar e social.

Para uma efetividade de cuidados, a família tem que ser incluída nos cuidados e também esta tem que ser cuidada ao longo de todo o processo de doença sob risco do adoecer mental se estender a toda a família que lida diariamente como doente.

Ao longo do estágio a relação que estabeleci com a pessoa com doença mental e enquanto famílias em contexto de internamento e comunitário, permitiu-me o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica.

A realização dos estudos de caso demonstrou de uma forma sistemática a especificidade de cada família. No estudo de caso I apesar de uma relação de conflito do doente com a família, esta constitui-se como um recurso tanto a nível económico, de proteção como a nível emocional uma vez que existe uma preocupação por parte dos familiares na ajuda ao doente e na sua própria enquanto família já que o pai manifesta vontade e integra o Grupo de Suporte Familiar. Durante o estágio de internamento percebi, na relação que estabeleci com as pessoas doentes e famílias e na realização do meu estudo de caso que a doença tem consequências desastrosas não só para o doente, mas também para a família. A constante indefinição sobre a estabilidade na doença e com isso o medo permanente da recaída e da crise, e as consequências da doença sobre o doente que se traduz numa elevada sobrecarga subjetiva e a sobrecarga objetiva dado que a maioria das pessoas doentes se encontra sem capacidade para o trabalho e sem projetos definidos para o futuro o que faz que se tornem dependentes financeiramente dos seus familiares.

No estudo de caso II a destruturação enquanto família e a relação de permanente conflito entre os familiares e entre a família e o doente, transforma-se num stressor para este. Dada a especificidade de cada família a intervenção foi adaptada às necessidades identificadas em cada caso. Daqui concluo que para uma intervenção efetiva ao doente e família é necessário conhecer o doente e a dinâmica familiar específica e para que possa ter resultados é necessário

perceber a unicidade de cada família. Este estudo de caso permitiu-me a percepção não só do impacto que a doença tem na família, mas também o impacto que esta pode exercer sobre o doente. Percebi que uma família destruída pode-se traduzir-se num stressor para o doente e não num recurso e daí a necessidade de uma abordagem adaptada à realidade que se apresenta. Colocando-se a questão: esta pessoa beneficiará da ausência da família? E a realidade neste estudo de caso, mostrou que sim. A sintomatologia da doença e os comportamentos que daí advêm, a forma como está desintegrada a família e os conflitos permanentes, tornaram-se um elemento desprotector para esta pessoa doente e assim, o melhor recurso encontrado pela família e equipe para este doente foi a sua institucionalização, dado o risco eminente de se tornar sem-abrigo. Este caso mostra a necessidade da existência de recursos na comunidade que possam dar resposta a estas necessidades, como residências protegidas. Ideia que vem de encontro ao que preconizam as diretivas internacionais e nacionais: a criação na comunidade de estruturas de apoio, no entanto, a realidade ainda se encontra bem distante destes ideais, o conhecimento que obtive sobre as estruturas de apoio comunitário, mostra que já existem residências protegidas, mas que estão longe de satisfazer as necessidades não só pelo seu número reduzido como também pela permanência da pessoa doente por muito tempo, muitas vezes indeterminado, pela inexistência de emprego protegido e com isto, incapacidade de ter recursos que contribuam para a sua autonomia e subsistência.

A interligação entre o que nos diz o estado da arte sobre a intervenção à família e o que vivenciei na prática tanto na abordagem individual como nas duas abordagens a grupos de familiares, mostra a influência da doença mental na família e a importância da inclusão desta no processo de cuidados. Analisando as abordagens dos dois grupos que assisti, percebi que para capacitar estas famílias para lidar com a doença e reaprender a lidar com o familiar doente é necessário a articulação entre os princípios dos dois grupos: por um lado um espaço de partilha de vivências e emoções e por outro lado um espaço educativo. A articulação entre o emocional e o educativo é que se traduz em verdadeiras aprendizagens. Desta forma a família consegue como refere Marsh (1998) experienciar o *recovery*, isto é uma mudança de atitudes, de sentimentos,

percepções, crenças e comportamentos. Tudo isto vai refletir a melhoria da relação como doente que se manifestará na manutenção da unicidade familiar.

As intervenções familiares devem ser uma estratégia a adotar por parte dos serviços, e serem implementadas por rotina nestes, pois os familiares também necessitam de um espaço terapêutico no qual possam expor as suas dificuldades e dúvidas, assim como sentirem-se acolhidos por uma equipa. Esta atitude facilitará a interação saudável entre os membros da família e equipa de saúde, contribuindo para o sucesso terapêutico do doente, promovendo a saúde mental de cada elemento da família e a manutenção da unidade familiar.

Importa ainda lembrar que ao longo de todo o meu estágio, as interações com profissionais, doentes e familiares tiveram em consideração os princípios éticos do respeito pelos doentes e familiares pelo que foi dado a conhecer a minha posição enquanto estudante de mestrado e a sua participação no meu projeto foi consentida, tendo sido também consentido pelos familiares, durante a minha participação nos grupos, que pudesse tirar notas das interações.

Para finalizar todo este percurso permitiu-me cumprir os objetivos que propus alcançar e com isso obter competências como EESMP que pretendo aplicar em primeira instância na minha prática de cuidados, como enfermeira na Unidade onde trabalho: UCI.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamec, C. (1996). How to live with a mentally ill person: a handbook of day-to-day strategies. New York: John Wiley e Sons. ISBN: 0-471-11420-0

Amaresha, A. e Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: an overview. **Indian Journal of Psychological Medicine** [em linha], Vol.34, nº1(Jan-Mar 2012), p.12-20. ISSN: 0253-7176. Acedido em 18/02/2015. Disponível em:

[ds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0d70fcea-54c3-4a32-a22f-964caa08a1a7%40sessionmgr112&hid=104](http://ds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0d70fcea-54c3-4a32-a22f-964caa08a1a7%40sessionmgr112&hid=104)

Andreasen, N. (2003) – Admirável cérebro novo – Dominar a doença mental na era do genoma. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-084-7

APA – American Psychiatric Association (2010) – Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2ª edição. Recuperado a 15/07/2015. Disponível em:

[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf)

Atkinson, J.; Coia, D. (1995) – Families Coping with Schizophrenia: a practitioner's guide to family groups. Chichester: John Wiley & Sons. ISBN: 0-471-94181-6

Bandeira, M. [et al] (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**. [em linha]. Vol. 34 nº6, (2007), p. 270-277. Acedido em 18/02/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>

Berk, L. [et al] (2011). Development of Guidelines for Caregivers of People With Bipolar Disorder: a Delphi expert Consensus Study. **Bipolar Disorders**. [em linha]. Vol. 13, nº5-6, (2011), p. 556-570. Acedido a 18/02/2015. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=94b62108-593e-4445-83ab-160e2fbc03d1%40sessionmgr112&hid=104>



Brito, Luísa. (2011). Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia. Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada na Universidade de Lisboa.

CCE (2005). Livro Verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas. Recuperado a 25/05/ 2015. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf)

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos Existencial-Humanistas Da Relação De Ajuda – volume 1. (10ª edição) Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-055.

Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS (2009). Clinical Practice Guidelines for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Ministry of Health and Social Policy. Ministry of Science and Innovation. ISBN: 978-84-613-3370-7 Recuperado a 16/10/2015. Disponível em: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_Severe\\_Mental\\_Illness\\_ICS\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_Severe_Mental_Illness_ICS_compl_en.pdf)

CNRSSM (2007) – Relatório de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Recuperado a 15/ 07/ 2015. Disponível em: [http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%A9RIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-estrutura%C3%A7%C3%A3oSM\\_ABRIL2007.pdf](http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%A9RIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-estrutura%C3%A7%C3%A3oSM_ABRIL2007.pdf)

Coelho, C. et al. (2004). A esquizofrenia e a família: a avaliação da eficácia de um programa psicoeducativo. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 25 nº 3, p. 185-194. ISSN 0872-878X

Coelho, C e Palha, A. (2006). Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia. Lisboa : Climepsi Ed. ISBN 972-796-227-0

Colvero, L. [et al.] (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença; **Rev Esc Enferm USP** [em linha]. Vol.38, nº2. (2004). P.197-205.

ISSN: 00806234. Acedido a 18/02/2015. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>

Cotovio, V. (2000). Abordagem integrada na Esquizofrenia: das emoções expressas à psicopedagogia familiar. Vol.64, nº247 (Jan/Mar.2000), p.9-12 Mem Martins Hospitalidade. ISSN 0871-0090

Curran, G (1995). The Neuman Systems Model Revisited. (Cap.4). *In*: Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. 3th edition. Norwalk: Aplenton and Lange. ISBN:0-8385-6701-0

Decreto-Lei nº 8/2010. D.R I Série, nº19 (28-01-2010) 257-263

DMHSAS (2015). Department of Mental Health and Substance Abuse Services. Oklahoma: Definition Of Serious Mental Illness (SMI): Adults (18 And Older). Recuperado a 14/ 02/ 2016 Disponível em:  
<http://www.odmhsas.org/eda/advancedquery/smi.htm>

DGS (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Recuperado a 15/03/2015. Disponível em:  
<http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>

Dixon, L. [et al.] (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** [em linha] Vol. 52, nº 7 (Jul.2001).P. 903-910. ISSN: 1075-2730. Acedido em:18/02/2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=a2728e96-1421-4f52-b48b-699bdf379d41%40sessionmgr114&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107059252&db=rzh>

Falloon, I. [et al] (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** [em linha], Vol. 22, nº2 (1996) P. 271-282.ISSN: 0586-7614. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em:  
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/22/2/271.long>

Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and

effectiveness. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association** [em linha]. Vol.2, nº1 (Fev. 2003). P.20-28. ISSN: 1723-8617. Acedido a 18/02/2015. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/pdf/wpa020020.pdf>

Figueiredo, M. (2013) Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. 1ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-83-7.

Freese, B. (2004); Betty Neuman: Modelo de Sistemas *in* Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004) – Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5ª Edição; Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6. P.335-354

Gonçalves-Pereira, M.; Caldas De Almeida, J. (1999) - Repercussões da doença mental na família – um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 12, nº1 (1999), p. 161-168. ISSN:0870-399X

Gonçalves-Pereira, M. [et al.] (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal; **Acta Médica Portuguesa** [em linha]. Vol. 19, nº1 (2006). P. 1-8. ISSN: 16460758. Acedido a 18/02/2015. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/911/584>

Gonçalves-Pereira, M. [et al.] (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. **Análise Psicológica** [em linha]. Vol. 2, nº 25 (2007), p. 241-255. Doi: 10.14417/ap.443. Acedido em 18/02/2015. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/443/pdf>

Grácio, J. (2014). Key-Elements of Family Interventions for Psychosis: a qualitative research. Lisboa. Tese de Doutoramento em Ciências da Vida: Especialidade de Saúde Mental apresentada na Universidade Nova de Lisboa. (tese não publicada, cedida pelo autor).

Guedes, A. (2008). Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Porto.

Hatfield, A.(1990). Family Education in Mental Illness. New York: Guilford Publications. ISBN:0-89862-427-4.

Hatfield, A.; Lefley,H. (1987). Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation. New York: Guilford Publications.ISBN:0-89862-918-7.

Jasper (2003); Beginning Reflective Practice: foundations in nursing and health care. Series Editor: Lynne Wiggins. United Kingdom: Nelson Thorns. ISBN:07487711774

Lefley, H. (1987); Behavioral Manifestations of Mental Illness (cap. 5); *In* Hatfield, A.; Lefley,H. (1987). Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation. New York: Guilford Publications.ISBN:0-89862-918-7. P. 107-127.

Lefley, H. (1996). Family Caregiving in Mental Illness. Family Caregiver Applications Series (Vol 7). United Kingdom: Sage Publications. ISBN:0-8039-5720-3

Lefley, H.; Wason M. (1994) Helping Families Cope With Mental Illness. Series Editor (Vol 2). USA: Harwood Academic Publishers. ISBN:3-7186-0580-5

Leggatt, M. (2002). Families and mental health workers: the need for partnership. **World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association** [em linha]. Vol.1, nº1 (Fev. 2002), p. 52-54. ISSN: 1723-8617. Acedido a 18/02/2015. Disponível:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489835/pdf/wpa010052.pdf>

Liberman, D.; Liberman, R.. (2003) Involving Families in Rehabilitation through Behavioural Family Management. **Psychiatric Services**. [em linha]. Vol. 54, nº5 (Maio 2003), p. 633-635. Acedido a 18/02/2015. Disponível em: <https://www.psychrehab.com/pdf/2003,%20Involving%20Families%20in%20Rehabilitation%20Through%20Behavioral%20Family%20Management,%20D.B.%20Liberman.pdf>

Lucksted, A. [et al.] (2012) [em linha]. Vol. 38, No. 1 (Jan.2012), p. 101–121. ISSN: 0194472X. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x/epdf>

Magliano, L. [et al.] (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** [em linha] Vol. 33, nº 9 (1998), p. 405-412. ISSN: 09337954. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270050073#page-1>

Magliano, L. [et al] (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** [em linha]. Vol. 35, nº 3 (2000), p. 109-115. ISSN: 0933-7954. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270050192#page-1>

Magliano, L. [et al.] (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. **Acta Psychiatrica Scandinavica** [em linha]. Vol 106, nº4 (Maio 2002), p. 291-298. ISSN: 0001-690X. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.02223.x/epdf>

Magliano, L.[et al.] (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. **World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association** [em linha]. Vol. 4, nº1 (2005), p. 45-49. ISSN: 1723-8617. Acedido a: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/pdf/wpa040045.pdf>

March, D (1994). The Psychodynamic Model and Services for Families: Issues and strategies (cap.6). in Lefley, H.; Wason M. (1994) Helping Families Cope With Mental Illness. Series Editor (Vol 2). USA: Harwood Academic Publishers. ISBN:3-7186-0580-5. P. 105-128.

Marsh, D. (1998). Serious Mental Illness and the Family: the practitioner's guide. USA: John Wiley & Sons, Inc. ISBN:0-471-18180-3

McFarlane, W. (2002). Multifamily groups in the treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York: The Guilford Press. ISBN:1-57230-743-9

McFarlane, W. [et al.] (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** [em linha]. Vol. 29, nº 2 (Abril 2003), p.223-245. ISSN: 0194-472X. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x/epdf>

McFarlane, W. & Cook, W. (2007). Family expressed emotion prior to onset of psychosis. **Family Process** [em linha]. Vol. 46, nº 2 (2007), p. 185-197. ISSN: 00147370. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.2007.00203.x/epdf>

Meijer, k.[et al.] (2004). Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers: results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** [em linha]. Vol.39, nº 4 (2004), p. 251-258. ISSN: 09337954. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-004-0737-5#/page-1>

Morgado, A.; Lima, L. (1994). Desinstitucionalização: Suas Bases e a Experiência Internacional. **J Bras Psiq**; Vol.43, nº1 (1994) p. 19-28. Acedido em: 18/02/2015 Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestrados psicologia/DesinstitucionalizaCao\\_suas\\_bases\\_e\\_a\\_experiencia\\_internacional\\_Jornal\\_Brasileiro\\_de\\_Psiquiatria.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestrados psicologia/DesinstitucionalizaCao_suas_bases_e_a_experiencia_internacional_Jornal_Brasileiro_de_Psiquiatria.pdf)

Mullen, A. [et al.] (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding. **International Journal of Mental Health Nursing** [em linha]. Vol.11, nº4 (2002), p.225-232. ISSN: 1445-8330. Acedido a 18/02/2015. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-0979.2002.00253.x/epdf>

National Survey on Drug Use and Health (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings . Acedido a 15/ 02/ 2015. Disponível em:

<http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhfr2012/NSDUHmhfr2012.pdf>

Navarini, V.; Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem** [em linha], Vol.17, nº4 (Out-Dez. 2008), p. 680-688. ISSN: 0104-0707. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>

Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. 5<sup>th</sup> edition. Boston: Pearson. ISBN: 978-0-13-514277-6

Nirmala, B. [et al] (2011). Expressed Emotion and Caregiver Burden in Patients with Schizophrenia. **Indian Journal of Psychological Medicine** [ em linha]. Vol.33, nº 2 (Jul-Dez. 2011), p. 119-22. ISSN: 0975-1564. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271483/?report=reader>

North, C. [et al.] (1998). The family as caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia. **American Journal of Orthopsychiatry** [em linha]. Vol. 68, nº 1 (Jan. 1998), p. 39-46. ISSN: 0002-9432. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: [http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=google&auinit=CS&aulast=North&attitle=The+family+as+caregiver%3a+A+group+psychoeducation+model+for+schizophrenia.&id=doi%3a10.1037%2f0080268&title=American+Journal+of+Orthopsychiatry+\(Wiley\)&volume=68&issue=1&date=1998&spage=39&issn=0002-9432&site=ftf-live](http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=google&auinit=CS&aulast=North&attitle=The+family+as+caregiver%3a+A+group+psychoeducation+model+for+schizophrenia.&id=doi%3a10.1037%2f0080268&title=American+Journal+of+Orthopsychiatry+(Wiley)&volume=68&issue=1&date=1998&spage=39&issn=0002-9432&site=ftf-live)

Möller-Leimkühler, M.; Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience** [em linha]. Vol. 262, nº 2 (2012), p.157-166. ISSN: 09401334. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-011-0215-5#/page-1>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 16/ 05/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 12/05/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

OMS (1998). A Esquizofrenia: Informação para as famílias: iniciativa de apoio às pessoas diminuídas pela doença mental. Genebra: Divisão da Saúde Mental. ISBN: 972-97688-0-3

OMS & Organização Pan-Americana de Saúde (2002). Reducing Stigma and Discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 28/03/2015. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/499.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/499.pdf)

OMS (2001). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado a: 28/03/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca.aspx>

Ozkan, B. [et al.] (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. **Pakistan Journal of Medical Science** [em linha], Vol. 29, nº5 (2013), p. 1122-1127. Acedido a: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3858947/pdf/pjms-29-1122.pdf>

Pereira, M.; Gomes, J. (2012). Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: estudo de caso múltiplo. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [em linha] Vol.8 (Dez.2012), p.38-44. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a06.pdf>

RAA (2014). Relatório Anual de Atividades: Grupo de Famílias. CHPL. Acessível através dos autores.



Relvas, A. (2004). O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica. (3ª Ed.). Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento. ISBN:972-36-0413-2.

Resolução Conselho de Ministros nº 49/2008. **D. R I Série**, nº 47 (6/ 3/2008). 1395-1409.

Rodrigues, M.; Silva, L. (2006) – Intervenção Familiar na Esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. **Revista do Departamento de Psiquiatria – UFF** [em linha]. Vol.18, nº2 (Jul.-Dez 2006), p. 93-110. ISSN: 0104-8023. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v18n2/v18n2a08.pdf>

Rosa, L.; Temotio, J. (2013). Unidade de Tratamento de DMG: perfil do doente tratado no 1º ano de funcionamento. **Mental(idades)+: Revista da AERPPSM**; Nº2, Nov./Dez.2013, p. 25-31. ISSN: 2182-6730

Rose, L. E., et al. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. **Journal of Nursing Scholarship** [em linha]. Vol.36, nº1 (2004), p. 39-47. ISSN: 15276546. Acedido em 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04009.x/epdf>

Sales CA, [et al.] (2010). Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. **Rev. Electronica de Enfermagem** [em linha]. Vol.12, nº3 (2010), p. 456-463. ISSN: 1518-1944. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a06.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a06.htm)

Scazufca, M. (2000). Abordagem familiar em Esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria** [em linha]. Vol. 22, Sup I (2000) p. 50-52. ISSN: 1516-4446. Acedido em: 18/02/ 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a17v22s1.pdf>

Sharon, T. [et al] (2012). Burden and Coping Strategies Experienced by Caregivers of Persons With Schizophrenia in the Community. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. Vol. 21, nº17-18 (2012), p. 2410-2418. ISSN: 09621067. Acedido em: 18/02/2018. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04174.x/epdf>

Spaniol, L. (1987). Coping Strategies of family Caregivers (cap.10). *in* Hatfield, A.; Lefley, H. (1987). Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation. New York: Guilford Publications. ISBN:0-89862-918-7. P.208-222.

Terkelsen, K. (1987) – The evolution of Family responses to mental Illness Through Time (cap.7) *In* Hatfield, A.; Lefley, H.- Families of the mentally ill: Coping and Adaptation. New York: Guilford Publications. ISBN:0-89862-918-7. P.151-166

Tomlinson; Anderson (1995). Family health and the Neuman Systems. *In* Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. 3th edition. Norwalk: Aplenton and Lange. ISBN:0-8385-6701-0

Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência; 6ª edição; Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.

Urizar, A. [et al] (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. **Psicothema** [em linha]. Vol.26, nº 2 (2014), p. 235-243. ISSN: 0214-9915. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/10370/9988>

Wang, P. [et al.] (2002). Adequacy of Treatment for Serious Mental Illness in the United States. American Journal of Public Health [em linha]. Vol.92, nº 1 (Jan. 2002), p. 92-98. Doi: 10.2105/AJPH.92.1.92 Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.1.92>

Wright, L; Leahey, M. (2011) – Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Edição. São Paulo: Roca. ISBN: 978-85-4120-003-5.

Yacubian, J.; Neto, F. L. (2001). Psicoeducação familiar. **Fam. Saúde Desenv.** [em linha]. Vol.3, nº 2 (Jul.-Dez. 2001), p. 98-108. Acedido em: 18/02/2015. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5047/3816>

Zabala, A.; Arnau, L. (2010). Como Aprender e Ensinar Competências. São Paulo: ArtMed Editora. ISBN: 9788478275007

## APÊNDICES

## **Apêndice 1**

Sessão – Adesão à Terapêutica

## ADESÃO À TERAPÊUTICA

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	2
1. Pessoas convidadas a participar na sessão	4
2. Plano da Sessão	6
<b>REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO</b>	9
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	15
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1:</b> Apresentação em Power Point – Ajude ao Ajudar-se:	
Cumpra a Medicação	
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I:</b> Testemunho de Doente Bipolar	

## INTRODUÇÃO

De acordo com uma necessidade do serviço, e segundo percepção dos profissionais, o abandono da medicação em ambulatório por parte dos doentes do serviço de Psiquiatria é uma realidade na qual é necessário intervir. É durante o período de crise que o contacto da pessoa com doença mental é mais estreito com as equipas de saúde, bem como das suas famílias, podendo ser aproveitados os momentos individuais (consulta de enfermagem do PAA), em grupo ou na preparação para a alta para serem realizados diversos ensinamentos, nomeadamente no que concerne à adesão ao regime medicamentoso.

Segundo a bibliografia consultada, as causas da baixa adesão ao regime medicamentoso prendem-se com a complexidade e duração das prescrições, com as características da própria pessoa e sua família (nomeadamente sobre a percepção e compreensão que a têm da doença, da necessidade de terapêutica e os efeitos da medicação) e da relação estabelecida com a equipa de saúde (Klein e Gonçalves, 2005).

Esta sessão de educação para a saúde em grupo procura motivar os doentes seguidos na consulta de enfermagem do PAA a uma melhor adesão ao regime medicamentoso apoiado pelo CIR (2009). Foram definidos como principais objetivos motivar para a adesão ao regime medicamentoso, reconhecer a importância da medicação no controlo da doença mental e melhorar as relações sociais e familiares. Os doentes alvo seriam todos os que estivessem vigis e colaboradores, com humor eutímico, estáveis do ponto de vista psicopatológico motivados para as sessões e já com algum trabalho individual sobre a temática (na consulta de Enfermagem do PAA). Nesse sentido, definiu-se que a sessão iria abranger duas temáticas: psicoeducação sobre doença mental, e importância do cumprimento da medicação.

Realizei uma sessão de grupo no final do estágio após várias sessões individuais realizadas na consulta de enfermagem do PAA uma vez que as sessões de grupo possibilitam a interação entre os diferentes elementos, a partilha de dificuldades e também de estratégia de resolução de problemas encontrados associados à temática. Apesar de ser mais fácil explicar os conteúdos e chegar mais próximo das especificidades de cada doente nas

sessões individuais, a sessão de grupo parece-me uma experiencia muito boa para que os doentes possam identificar problemas comuns e em conjunto criar estratégias de resolução. Pretendo que a sessão em grupo seja mais dinâmica e interativa, partindo daí para a exposição de slides em PowerPoint, passando posteriormente para uma fase mais dinâmica permitindo a interação dos diferentes elementos do grupo (conhecimento), a identificação da temática como um problema comum que será trabalhado e refletido em grupo.

Esta intervenção tem também como objetivo fundamental manter a continuidade no serviço, pois existe um grupo de trabalho que está a iniciar um programa de preparação para a alta, no qual é abordada a temática da adesão terapêutica (já implementada na consulta de follow-up do PAA).



## **1. Pessoas convidadas a participar na sessão**

A escolha das pessoas para a sessão, são pessoas seguidas na consulta de enfermagem do PPA, com as quais se tem realizado um trabalho individual sobre a medicação e a sua postura e sentimentos face a necessidade de manter a terapêutica, na consulta têm sido orientados na resolução de problemas que identificam como associados à toma da medicação. Pelo conhecimento que tenho destes doentes uma vez que participo na consulta com a enfermeira especialista de saúde mental, optei por seleccionar para o grupo:

Jy – Masculino. Teve o primeiro internamento em psiquiatria recentemente. Mostra consciência e critica sobre a necessidade de tomar medicação. Apresenta com agente stressor a toma da medicação as crenças da mãe face à mesma. Pelo facto da mãe manter a crença de que o que lhe aconteceu se deveu a invejas, a “alguém que lhe quis mal”. Como a mãe e as suas crenças podem influencia-lo na necessidade de manter a medicação, torna-se uma pessoa de risco.

L – Feminino. Não anda a tomar a medicação que devia tomar ao pequeno-almoço à hora certa, associada a crenças da mãe face á medicação. Como bebe sumo de limão (crença da mãe) ao pequeno-almoço para emagrecer, não toma a medicação do pequeno-almoço na hora. Como a mãe esta a transformar-se num stressor face à toma da medicação, o risco de abandono pode estar eminente. Esquece-se da caixa e do guia de tratamento frequentemente.

S – Feminino. Não traz a caixa nem o guia. Aparentemente, segundo o que descreve, é o namorado que não a deixa tomar conta da medicação, uma vez que há pouco tempo tomou a mais. Assim, este mantém-se a controlar a medicação, o que a deixa frustrada pelo namorado e a sua mãe quererem controlar a sua vida.

R – Masculino. Foi apenas a uma consulta de enfermagem, não trouxe a caixa de medicação e o guia. Faltou na última consulta. Saiu do internamento há pouco tempo e durante o internamento teve uma má experiencia com a medicação que foi alterada, mas que o pode ter deixado com falsas crenças relativamente à medicação. E já teve vários reinternamentos pelo abandono da medicação.

J – Feminino. Traz sempre a caixa e o guia. Mantem-se a cumprir a medicação. Tem como maior dificuldade o controlo do apetite e esta a engordar.

Estes doentes apresentam como características comuns o facto de já terem sido reinternados por abandono da medicação, exceto o Jy que teve o primeiro internamento (pode ter acesso às experiências dos outros). Foram escolhidos, por já terem passado pelo internamento e se apresentarem com melhor capacidade de assimilar informação, se apresentarem com alguma capacidade crítica face à temática, assim como pelo facto de já terem passado por uma fase de trabalho individual (nas consultas de enfermagem) e agora se manifestar importante a troca de experiências de um problema comum identificado (o risco de abandono da medicação).

A sessão foi marcada, foram todos convocados na consulta, exceto o R que foi convocado pelo telefone uma vez que faltou à consulta.

## 2. PLANO DA SESSÃO

**Plano da sessão:** Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

**Participantes:** Grupo de doentes seguidos na consulta de enfermagem do PPA

**Enfermeiros Responsáveis:** C. e Filipa Felícia

**Objetivo Geral:** incentivar a adesão à terapêutica

**Local onde se realiza a Sessão:** Sala do internamento: ambiente calmo, reduzidos estímulos exteriores.

ETAPA	OBJECTIVO	DESCRIÇÃO DA ACTIVIDADE	RECURSOS	TEMPO PREVISTO
<b>Informativa</b>	- Fornecer informação sobre a toma de medicação	- Apresentação em <i>power point</i> - Ajude a Ajudar-se: cumpra a medicação;	- Computador	15 min.
<b>Aquecimento Inespecífico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumentar o envolvimento dos participantes</li><li>- Promover a coesão grupal</li><li>- Homogeneizar o aquecimento do grupo</li><li>- Permitir o relaxamento</li><li>- Ter consciência do próprio corpo</li><li>- Identificar o espaço do “aqui e agora”</li><li>- Separar a realidade exterior da realidade do “aqui e agora”</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Em roda cada um dá um passo em frente diz o nome e faz um gesto e os outros repetem o nome e o gesto.</li><li>- Colocar musica</li><li>- Pedir as pessoas para circular pelo espaço, dá-se a indicação para procurarem sentir o espaço, os pés assentes no chão, como estão as pernas, os braços, as costas, as mãos...pedir à pessoas para sentirem o seu corpo...cumprimentar-se...</li></ul>	- Musica 1 (4 min)	5 min.

<b>Aquecimento Específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a espontaneidade das pessoas do grupo.</li> <li>- Perceber qual o nível de stresse/ ansiedade compreendidos por cada pessoa no grupo e quais os motivos.</li> <li>- Identificar qual a importância que a pessoa dá ao problema identificado e qual o impacto desse problema.</li> <li>- Estimular a pessoa a partilhar sentimentos/ emoções com o grupo.</li> <li>- Reconhecer que o problema é comum às outras pessoas do grupo.</li> </ul>	<p><u>Sociometria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocamos uma linha imaginária que é uma escala de 0-10, onde cada um dos participantes vão ocupar um lugar entre os dois extremos:</li> <li>- Pergunta: Como se sentem relativamente a necessidade de tomar medicação?</li> <li>O 0 corresponde muito mal</li> <li>O 10 corresponde a muito bem</li> <li>- Pergunta: em poucas palavras: “porque se coloca nesta posição?”</li> </ul>		5 min.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as vantagens e desvantagens da medicação.</li> <li>- ter a percepção do peso das vantagens e das desvantagens da medicação na balança;</li> <li>- Exposição das vantagens e desvantagens identificados de forma a poderem ser visualizados por todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar a balança no centro e ao lado um cesto com sacos de areia onde os doentes vão escrever numa etiqueta que colam nos sacos as vantagens e desvantagens da medicação nas suas vidas: podem numa parte do saco escrever a vantagem/ desvantagem.</li> <li>- Colocam os sacos na balança, de um lado as desvantagens do outros as vantagens.</li> <li>- Retiram-se as etiquetas dos sacos e colam-se numa cartolina branca separada com vantagens e desvantagens da medicação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balança com dois pratos</li> <li>- Sacos de areia</li> <li>- Canetas</li> <li>- Cartolina branca</li> <li>- Musica 2 (8 min)</li> </ul>	10 min.

<b>Partilha/ Comentários</b>  “Partilha pela palavra”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar de sentimentos relacionados com a resolução da atividade;</li> <li>- Elaborar novas estratégias de lidar com os problemas encontrados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o peso das vantagens e das desvantagens;</li> <li>- Como podem ser contornadas as desvantagens</li> </ul>		10 min.
<b>Fim da sessão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir que o grupo perceba do fim do momento</li> <li>- permitir a separação entre a realidade do grupo do “aqui e agora” e a realidade fora da sala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar as pessoas em círculo;</li> </ul> <p>Questionar o grupo:</p> <p>“Numa palavra o que sentem?”</p> <p>Fazer uma síntese com os sentimentos/ emoções manifestadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecer a todos pela partilha e participação.</li> </ul>		5 min.

Avaliação da sessão: através da análise do comportamento e do discurso dos participantes durante a sessão.

## REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO

Cheguei ao serviço com todo o material preparado para a sessão a realizar, faltava apenas o *datashow* (providenciado no dia anterior). Cheguei com 1h de antecedência de forma a preparar a sessão e a disposição da sala onde iria realizar a sessão. Começaram a aparecer sugestões, nomeadamente a utilização do ginásio do piso do internamento. Visualizando o ginásio, pareceu-me que podia ser utilizado uma vez que é um espaço amplo onde se poderiam com facilidade criar os três espaços que pretendia: espaço para a formação, espaço livre e espaço com mesa e cadeiras. Começaram a falar na possibilidade de entrarem mais utentes (do internamento). Expliquei que os utentes selecionados (5-7) eram utentes que eu já conhecia, que já tiveram um trabalho prévio anterior de forma individual sobre a temática, tendo sido este o meu critério de seleção para a sessão. As colegas falaram então na possibilidade de estarem presentes mais duas pessoas do internamento que tinham alta para breve e perante a insistência acabei por ceder à presença na sessão, explicando que a sessão, de acordo com o que estava planeado seria para 5 a sete pessoas, não mais, uma vez que, para que o tempo de sessão conseguisse ser cumprido e para que todas as pessoas envolvidas pudessem participar não poderiam ser mais pessoas. Dirigi-me ao ginásio e preparei a sala.

Começava a ficar preocupada uma vez que o *datashow* ainda não tinha chegado e a hora da sessão aproximava-se. Preparei tudo e mais ou menos 10 min antes da sessão chegou o *datashow*. Fui buscar o *datashow* e quando cheguei ao ginásio estavam presentes, sentadas nas cadeiras mais 7 pessoas do internamento. Fiquei desesperada, com a sensação que a sessão, não poderia correr como tinha planeado, eram demasiadas pessoas presentes para uma sessão com 50 min. Ao mesmo tempo não poderia mandar as pessoas embora, uma vez que a sua presença já tinha sido aceite pela enfermeira. Fiquei realmente preocupada, comecei a sentir um calor, as mãos frias e suadas... uma ansiedade e logo me surgiu mentalmente a questão: como vou reestruturar uma sessão que tinha planeado com tanto cuidado para que nada pudesse fugir do meu controlo...agora tudo estava a sair do meu controlo...estava desesperada...

Depois surge mais um problema, eu não conhecia o *datashow*... e a trapalhada instalou-se. Tinha as pessoas sentadas à minha frente e chegou a

um ponto em que já estavam colegas a tentar resolver a situação, assim como os próprios utentes...e com isto...o tempo a passar e eu a desesperar... procurando mostrar uma calma... e por dentro a sentir-me explodir... passaram 30 minutos... até colocar o *datashow* a funcionar...pensei...começamos as 11h30....acabamos as 12h30 (hora dos utentes internados poderem almoçar...), até dá...mas depois outra questão se colocou: eu não conheço os utentes internados, na sua maioria o que faz com que desconheça o tipo de comportamento que iram adotar (uma vez que há doentes mais controlados que outros relativamente à sintomatologia da doença) ...ficava cada vez mais ansiosa. Pensei: tenho que me acalmar isto já está a correr mal desde o início...não posso deixar que corra pior...chegaram os utentes da consulta, apenas o R chegou mais tarde. Pensei que, tendo em conta as circunstâncias, poderia ser interessante a partilha de experiências...e mentalmente reestruturei a sessão: iniciávamos com a apresentação que tínhamos preparado e depois passaríamos de imediato para a mesa que tinha a balança e os sacos de areia. Pedia-lhes para que cada um escrevesse na etiqueta uma vantagem e uma desvantagem, depois olhando para o que tinham escrito seleccionassem a que mais importância tem para cada um e depois de selecionado a colassem no saco e no lado da balança correspondente. Depois colaríamos as vantagens e as desvantagens numa cartolina separada... e refletíamos um pouco sobre as vantagens e desvantagens escolhidas pelos doentes...podia ser esta a solução...mas eu nem sabia como esta parte poderia correr. Tentei acalmar-me...não havia outra solução...respirei fundo...tentando mostrar calma e acalmar-me interiormente...e dei início à sessão. Depois de todos sentados apresentei-me e apresentei o tema da sessão e comecei a apresentação. Depois da apresentação, dei espaço para questões e algumas questões foram levantadas nomeadamente relativamente à medicação, aos efeitos adversos e ao estigma da doença mental. Apercebi-me que as pessoas seguidas na consulta estavam retraídas. Duas pessoas do internamento destabilizaram um pouco a sessão, apercebi-me que não estavam calmas o suficiente e capazes de assimilar a informação. Procurei dar resposta às suas dúvidas, assumindo que não conhecia algumas pessoas que eles nomearam e tentando controlar o ambiente que eles procuraram destabilizar (não me senti mal por não saber de quem eles falavam, mostrei-lhes com a minha postura que não sei tudo...não

conheço tudo e que também eu posso aprender com eles...), reconheço esta postura...uma vez que é uma postura na minha vida...e como profissional.

Houve momentos de interação muito ricos, nomeadamente quando uma doente do internamento procurou que as pessoas seguidas na consulta lhe dessem a conhecer a sua experiencia, as suas dificuldades. E algumas pessoas da consulta falaram do momento do internamento e do que sentiam e depois de como foi regressar ao seu meio e sobre a importância da medicação, relembrando como estavam antes da medicação e depois de algum tempo a tomar a medicação e a importância desta na estabilização dos sintomas que apresentavam. Foi também feita a analogia entre a doença mental e a doença física crónica (como a diabetes e a doença cardíaca). Falou-se também sobre a imagem do doente mental: o dizer que “estive internado no H. Júlio de Matos” e o estigma associado. Como as pessoas os olham por serem doentes mentais. Foi explicado um pouco da história de como era visto o doente mental no passado e como o peso da história vem até ao presente. No entanto foi também explicado que, se o doente se conseguir inserir na sociedade e tiver uma vida produtiva, o estigma associado acaba por esbater-se, primeiro na cabeça de cada doente e depois em todo o meio envolvente em que está inserido uma vez que vai deixar de ser visto como “aquele maluco internado na Psiquiatria do H. Júlio de Matos” para ser visto, como no caso do testemunho apresentado como o pintor, escritor....compositor....Considero que foi um dos aspetos mais positivos da sessão: a interação entre os utentes sobre as suas experiencias e sobre o seu sentir face à doença mental e à necessidade de tomar medicação.

Depois passam para outro espaço onde estava uma mesa com uma balança, sacos de areia etiquetados e canetas.

Explicado o significado da balança, como sendo muitas vezes utilizada na vida de forma imaginária e a importância da sua utilização: uma decisão deve ser tomada numa balança onde procuram ser “pesados” os prós e contras da decisão. Expliquei que era o que se passava com a decisão sobre a necessidade de tomar a medicação em que cada um “pesa” as vantagens e as “desvantagens” e decide. Pedi depois para que numa etiqueta manifestassem o que para cada um seria “a vantagem” e “a desvantagem”. Depois de escrito olhassem para cada uma e seleccionasse a que queria que fosse colada no saco. Todos escolheram



as vantagens e os sacos foram colocados na balança, todos do lado das vantagens.

As desvantagens, que também existem, foram coladas numa cartolina. Foram lidas por mim (não haveria tempo para mais) as desvantagens e as vantagens, coladas numa cartolina:

<b>VANTAGENS DA TOMA DA MEDICAÇÃO</b>	<b>DESVANTAGENS DA TOMA DA MEDICAÇÃO</b>
Melhoria dos sintomas	Aumento do apetite, leva a excesso de peso
Voltar à rotina do dia-a-dia	Não tomar a medicação corretamente
Foi muito bom controlar os sintomas	Sonolência
Aprender a ler o corpo	Cansaço na disposição, sonolência
Melhorar	Sonolência
Pensamento organizado	Ter que tomar a todas as refeições
Estabilidade com os outros	Preconceito, estigma e exclusão social
Maior controlo de humor	Efeitos secundários
Auto-estima	Maior apetite
Vida melhor	Surtos na doença
Ser um cidadão de pleno direito na sociedade com direitos e deveres	Sonolência
Equilíbrio na evolução da doença	Cansaço

Analisando o que foi transmitido pelo grupo das vantagens apresentadas de forma global foi o controlo dos sintomas e a relação com a melhor qualidade de vida que daí advém. Nas desvantagens destacam-se os efeitos secundários da medicação.

Terminei a sessão, agradecendo a presença. Senti que teria mesmo que terminar vez que um dos elementos estabilizadores já tinha mandado o saco com mais força para dentro da balança (deitando o prato a baixo) e já tinha questionado pela hora da refeição (o ambiente já estava a destabilizar novamente). Achei que seria o momento de terminar.

As pessoas do internamento saíram para almoçar e as pessoas da consulta ficaram ainda um pouco para marcação das próximas consultas com a Enfermeira, exceto o R que saiu sem que eu me tivesse apercebido, com as pessoas do internamento. Aproveitei o momento para me despedir das pessoas que acompanhei durante estas semanas de consulta, agradecendo a disponibilidade e partilha e reforçando a importância de manterem a esperança de que as suas vidas podem ser melhores e mais produtivas.

Fazendo uma reflexão sobre o que aconteceu posso dizer que: embora neste tipo de intervenções eu já soubesse que os resultados podem não ser de acordo com o planeado (nunca são, pela imprevisibilidade da resposta do outro) o facto de não se conhecerem as pessoas que vão integrar o grupo faz com que tudo se torne imprevisível.... A importância de conhecer as pessoas que vão integrar o grupo: pessoas com capacidade no momento de assimilar a informação que se pretende transmitir e com vontade e necessidade da receber. Se as pessoas não sentirem que a temática de que falei não é importante para elas, não vai ser informação assimilada, e com toda a certeza não vai provocar mudança de comportamentos que é no fundo, o que se pretende. É estar a trabalhar em vão. A sessão, como eu pensava é planeada de acordo com o número e tipo de pessoas que a vão integrar...o que vi na prática é que mais pessoas do que as previstas, logo à partida pode aumentar exponencialmente o tempo da sessão (que não se pertence). Por exemplo: 5 pessoas a falar com dois minutos para cada uma são 10 minutos se forem 10 pessoas são 20 minutos. A necessidade de conhecer as pessoas do grupo, antes desta sessão. Por isso normalmente as sessões de grupo necessitam de vários passos (a necessidade de construção do grupo). Embora, pelo tempo de estágio não fosse possível a formação (construção) de um grupo o que eu pretendia era a escolha de pessoas que já conhecia individualmente e que estavam mais preparadas para a informação que lhes ia ser transmitida.

Não posso deixar de manifestar uma certa frustração pelo facto de não ter conseguido intervir com as pessoas que tinha planeado (pessoas da consulta), que, com certeza iriam beneficiar da abordagem da sessão como planeada. Pela forma como ficaram retraídos na sessão, não consegui ter noção se este tipo de

intervenção foi de alguma eficácia na mudança de atitude face à medicação nestas pessoas.

Parece-me agora importante agora olhar para o que foi feito e retirar alguma aprendizagem:

- Anteceder alguns problemas que podem acontecer como ex: *datashow* devia ser obtido no dia anterior ou no dia mas umas horas antes da sessão.
- As sessões não correm nunca como o planeado.
- Conhecimento das pessoas que vão integrar o grupo e promover o crescimento do grupo (construção do grupo).
- Saber dizer não a novas propostas que surjam no imediato antes da sessão planeada (mudança de espaço, mais pessoas – desconhecidas para o formador) ...para não aumentar ainda mais a imprevisibilidade da sessão...e desta forma...o não cumprimento dos objetivos.

## **BIBLIOGRAFIA**

CIR: Cuidados Integrados e Recuperação: Manual de Trabalho (Versão 1.3) (2009); Proform: Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária; Coordenação Nacional Para a Saúde Mental; Ministério da Saúde (não publicado)

Deglin, J.; Vallerand, A. (2009) *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. (10ªed) Loures: Lusociência.

Malaquias, MC. (2012) *in* Conceição, M. I. G., Nery, M. P. (2012). *Intervenções grupais: Psicodrama e seus métodos*. São Paulo: Ágora.

Nery, M. P (2012) *in* Conceição, M. I. G., Nery, M. P. (2012). *Intervenções Grupais:Psicodrama e seus métodos*. São Paulo: Ágora.

Klein, J e GonçalvesA. (2005); A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários; *Psico-USF*; v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005

Pio-Abreu, J. L. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. (3ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Sadock, B. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. (2.ª edição). Porto Alegre: Artmed.

## **Apêndices**

**Apêndice 1** - Apresentação em *Power Point*

Ajude ao Ajudar-se: Cumpra a Medicação



- Diga SIM à medicação
- Seja otimista em relação ao futuro
- Existe tratamento eficaz para as doenças mentais e as pessoas podem ter vidas produtivas.
- Quanto mais souber sobre a doença e tomar um papel ativo no seu tratamento, melhor se sentirá e melhor poderá atingir os seus objetivos de vida



## CRENÇAS PESSOAIS EM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO

- Relacionados com a sua própria experiência, com antecedentes culturais e familiares.
- Há crenças positivas e negativas (impedem de ver os benefícios da medicação)



QUAIS SÃO AS SUAS CRENÇAS (FORMAS DE PENSAR) EM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO?



## VANTAGENS DA TOMA DA MEDICAÇÃO

- Diminuição dos sintomas e reinternamentos;
- Melhoria da concentração e pensamentos claros;
- Melhoria da qualidade de sono;
- Possibilidade de concretizar com maior facilidade projetos de vida /objetivos...
- A medicação é uma das repostas mais eficazes para reduzir sintomas e diminuir as recaídas,



É UM PILAR NO TRATAMENTO EM DIREÇÃO AO BEM ESTAR E MELHORA A SUA VIDA



## IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE PSICOFÁRMACOS

- Antidepressivos
- Estabilizadores de humor;
- Ansiolíticos
- Antipsicóticos (Neurolépticos)



OS MEDICAMENTOS SÃO UM PILAR NO TRATAMENTO EM DIREÇÃO AO BEM-ESTAR E AJUDAM A CONTROLAR DIFERENTES SINTOMAS.



## O QUE FAZEM OS MEDICAMENTOS?

### ANTIDEPRESSIVOS

• Podem reduzir os sintomas da depressão (presença de tristeza, angústia, desinteresse, desmotivação, falta de energia, alterações do sono e do apetite...). Também são úteis na doenças da ansiedade

### ESTABILIZADORES DO HUMOR

• Podem ajudar a diminuir as variações do humor como manifestações de depressão e mania

### ANTIPISSICÓTICOS

• Podem ajudar a reduzir as alucinações, delírios, alterações do comportamento, pensamento e discurso

### ANSIOLÍTICOS E SEDATIVOS

• Podem ajudar na redução da ansiedade e na dificuldade em dormir



## EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Como todos os medicamentos, tem efeitos indesejáveis
- Varia de pessoa para pessoa (respostas diferentes)
- Umaz vezes são ligeiros, por vezes não apresentam nenhuns, enquanto outras têm esses efeitos mais significativamente.
- Factores:
  - Idade;
  - Sexo;
  - Interação com outros medicamentos.
- Na maioria dos casos são temporários



Perguntei ao tempo qual seria a solução. ele só disse: "deixe-me passar".



## SE APRESENTAR EFEITOS SECUNDÁRIOS...

- Não abandonar a medicação que acha responsável por esses efeitos
- É importante o diálogo com o Médico ou o Enfermeiro: vai ajudar a avaliar a situação e propor soluções alternativas



### ALTERNATIVAS DO MÉDICO:

- reduzir medicação;
- mudar o medicamento;
- colocar outro medicamento para corrigir os efeitos secundários.

**É IMPORTANTE SABER RECONHECER E LIDAR COM OS EFEITOS SECUNDÁRIOS**



## NÃO ADESÃO À TERAPEUTICA... PORQUÊ?

- Perceber as causas principais da dificuldade em reconhecer a necessidade da toma da medicação;
- Não acreditar na eficácia da medicação;
- Preocupado com os efeitos secundários;
- Esquecimentos;
- Preço;
- Sintoma da própria doença.





#### Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

- A escolha da medicação pode ser um assunto complexo.
- As pessoas respondem à medicação de forma diferente.
- Partilhar com alguém como se sente é muito importante.
- Colabore no seu tratamento.
- Pode demorar algum tempo serem encontrados os medicamentos que mais o ajudam e com menos efeitos secundários.



- Os medicamentos para os problemas de saúde mental podem não atuar logo, aguardar algum tempo até atingir os efeitos pretendidos.



#### Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

### MELHORAR A ADESÃO — ESTRATÉGIAS



**Relação de confiança com os técnicos / aliança terapêutica**



#### Medidas comportamentais podem ajudar:



- Fazer a medicação à mesma hora todos os dias evita esquecimentos
- Adaptar a toma da medicação às rotinas diárias.  
É mais fácil tomar a medicação em conjunto com as rotinas. Adquirir novos hábitos.



#### Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

### MELHORAR A ADESÃO — ESTRATÉGIAS

#### Medidas comportamentais podem ajudar:

- Utilizar outras formas para se lembrar de fazer a medicação.  
Exemplo: uso de caixa de medicação com divisórias para cada toma



- Manter presente e pensar nos benefícios da medicação:  
ajuda a recordar os motivos que o levaram a tomar a medicação

- Simplificar o horário das tomas da medicação o mais possível (número de tomas)



#### Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

- Um trabalho em conjunto e de colaboração com o profissional pode levar a alcançar os melhores resultados.



Tenha uma participação ativa no seu tratamento.




- Além da medicação é importante também:
  - Evitar situações de grande stress;
  - Exercício físico;
  - Alimentação saudável;
  - Frequentar estruturas da comunidade.




Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação


Por mais dúvidas que haja no ar...




Há sempre uma solução



Utilize eficazmente a medicação




CONFIE !




Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação

## A MEDICAÇÃO É UM ALIADO NUM PERCURSO DE VIDA

Testemunho de Luís Carlos



Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação



Muito obrigado...

5º Curso de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# AJUDE AO AJUDAR-SE

**Cumpra a Medicação**

Enf.ª C  
Enf.ª Filipa Felícia

24 de Novembro de 2014

## **Anexos**

## **Anexo I:** Testemunho de Doente Bipolar

“Tive no verão de 1990 uma grande paixão por uma cantora muito conhecida do rock português e deixei de dormir cerca de duas semanas.

Não sabendo o que tinha, fui internado no hospital psiquiátrico do Telhal.

Mais tarde melhorei e comecei a pensar na minha vida. Em 1993, com vontade de pintar, fui para a Escola de Artes, o A.R.C.O tirar um curso de pintura.

Nessa altura já escrevia poesia e letras para canções.

Comecei a fazer exposições, com a saúde em bom estado, tomando a medicação que me era receitada pela Psiquiatra e tudo foi andando.

No ano 2000 fui representar Portugal à Hungria num workshop de artes plásticas, tive um descuido com a medicação e fui parar ao Hospital de Veranka, a cem quilómetros de Budapeste, capital da Hungria.

Hoje escrevo livros e faço exposições, com a saúde estabilizada, tomando sempre a medicação, frequentando o apoio psicológico da ADEB e não tenho uma crise há treze anos.

Há dois anos deixei as bebidas alcoólicas e melhorei ainda mais.

Leio muito sobre a doença, sinto-me normal, faço aquilo de que gosto e assumi publicamente num livro que escrevi que tinha a doença Bipolar.

Para terminar vou dizer o seguinte a todas as pessoas que têm a doença Bipolar: tomem a medicação e evitem as bebidas alcoólicas, porque tiram o efeito dos medicamentos.

Medicado, um doente Bipolar pode ter uma vida normal, mas sem estar medicado tem muitos problemas.

Sabemos que neste mundo bipolar existem também grandes génios, da literatura, da política e da arte.

Eu já escrevi até agora três livros de poesia, fiz doze exposições individuais e quinze exposições coletivas de pintura. Esta doença não tem cura, mas não mata ninguém”.

Luís Carlos Lopes (2013)

*In* Bipolar: Revista da Associação de Apoio aos Doentes  
Depressivos e Bipolares, n 46, p.13

## **Apêndice 2**


A Doença Mental: Guia Orientador para a Família



**“A Doença Mental:  
Guia Orientador para a Família”**

## 1- “Procure conhecer a doença”

Conhecer a doença e as suas manifestações é muito importante para distinguir os sintomas da doença da pessoa que tem a doença. Peça ajuda a quem melhor o pode ajudar, os técnicos de saúde.



Não esquecer que antes da doença que se manifesta está a pessoa, com os seus recursos que têm que ser potenciados, mas também com as suas dúvidas, medos, anseios, que pela doença podem não ser manifestados através da fala, mas com comportamentos que podem parecer desajustados.

## “2- Dê tempo ao tempo”



Esta é a atitude recomendável sobretudo nos primeiros meses após uma fase aguda da doença. É importante ter a noção que a recuperação é demorada, mesmo após o desaparecimento dos sintomas mais típicos.

A pessoa doente, e a sua família, devem preparar-se para um período longo de dificuldades e limitações, pelo que devem cuidar-se e descansar o mais possível, ao mesmo tempo mantendo a esperança de que, com o tempo progressivamente a situação irá melhorar.



Mas para isso, e visto que na doença ocorre uma diminuição da capacidade do cérebro para regular a forma como se ativa, torna a pessoa doente mais sensível às situações muito complexas e intensas, e especialmente quando envolvem conflitos ou críticas.

**Dúvidas / questões sobre o que leu:**

[illegible]

### Referencias:

Brito, L. (2011). Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

**Elaborado por:** Filipa Felícia. 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. ESEL. Com a colaboração de:

**[REDACTED]** Professora Luísa d'Espiney (ESEL).  
Dezembro 2014.



## 14- “Para já, não seja demasiado exigente”

Especialmente na fase inicial do processo de recuperação é conveniente modificar ou reduzir temporariamente as expectativas, da pessoa doente em relação a si própria, e da família em relação à pessoa doente – *para já, não seja demasiado exigente*.

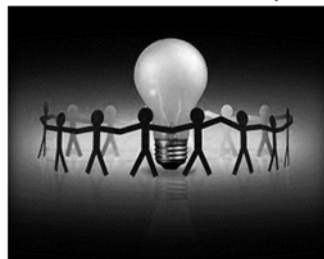


Esta atitude é fundamental para se evitar uma nova recaída, e também para evitar a frustração relacionada com a falta de sucesso no atingir prematuro de objetivos que, esta sim, pode efetivamente agravar o já reduzido sentido de autoestima e autoeficácia da pessoa, bem como a confiança e a esperança da família, desta forma comprometendo seriamente as perspetivas de futura recuperação.

## 15- “Procure conhecer os recursos sociais da pessoa com doença mental e sua família”



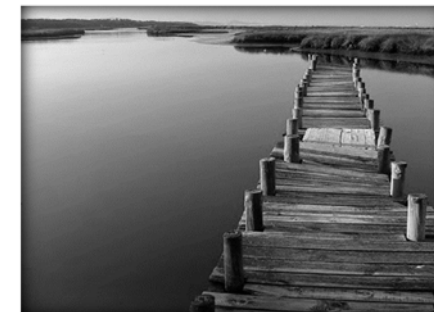
Conhecer os recursos sociais pode ser uma forma de apoio à pessoa com doença mental e família a solucionar alguns problemas. Assim, muitas vezes as discussões poderão ser evitadas se se conhecerem e utilizarem os recursos sociais que estão ao dispor.



## 3- “Mantenha a calma”

Assim, e por princípio, deve-se evitar a estimulação excessiva sensorial constante no ambiente, reduzindo os ruídos de fundo (rádio, televisão, etc.) e a iluminação muito intensa, e evitando conversas cruzadas ou mesmo discussões intensas mesmo que possam parecer saudáveis.

Deve-se procurar criar um ambiente emocional moderado, sem manifestações de hostilidade, críticas, discussões, insistências ou rejeição, mas também sem excessos de entusiasmo, encorajamento, elogios ou preocupação.



E apesar de sobretudo a não manifestação de preocupação poder parecer contraintuitivo, é de facto conveniente que se evitem todos os extremos emocionais, procurando antes encontrar uma situação de distância saudável na família mas sem abandono ou rejeição.



Na mesma linha, não esquecer que a pessoa doente tem dificuldade em suportar situações de grande estimulação sensorial (muitos estímulos ao mesmo tempo como música alta, luzes intensas, ruídos de fundo) ou de interações múltiplas e simultâneas (ex: ambiente com muitas pessoas a falarem ao mesmo tempo), ainda que possam ser consideradas positivas, como é o caso de eventos familiares ou festas.

#### 4- “Dê espaço aos outros e a si próprio”

A pessoa com doença mental deve sentir-se livre de se afastar ou retirar-se para o seu quarto quando sentir necessidade, e sem que a família se mostre desgostada.

E ainda que esta orientação possa inicialmente parecer contraintuitiva, a família deve compreender que a manifestação excessiva da sua preocupação e do seu zelo para com a pessoa doente, controlando-a constantemente, ou obrigando-a a acompanhar as atividades da família, acaba por não ser benéfica.



Como forma de preservação da sua saúde mental e física, a mesma regra deve aplicar-se também aos familiares, especialmente nos momentos em que sintam dificuldades em lidar com as suas emoções.

Mais uma vez enfatizando o facto de que o processo biológico e psicológico de recuperação de uma crise requer tempo, e não deve ser acelerado, a fim de propiciar uma recuperação mais segura – *resolva os problemas passo a passo.*

Assim, tanto os familiares como as pessoas doentes devem esperar que as mudanças se façam gradualmente, mas de forma cuidadosa, lenta e segura, sem provocar stress excessivo, melhorando uma coisa de cada vez, valorizando todos os pequenos



progressos, e especialmente valorizando o facto de os sintomas da doença irem diminuindo de forma consistente.

#### 13- “Resolva os problemas passo a passo”

Por outro lado este stresse pode fazer-se sentir através de formas atenuadas de sintomas como anomalias preceptivas e desconfiança, e também por alterações fisiológicas, como o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial ou da tensão muscular.

Estas respostas ao stresse tendem a ser específicas de cada indivíduo, já que uma pessoa pode sentir-se apreensiva, enquanto outra sente a frequência cardíaca aumentada, e outra ainda sente tensão em determinado grupo muscular.



Em todo o caso, estes efeitos do stresse excessivo podem desencadear uma crise, evoluindo depois para alterações notórias no comportamento habitual da pessoa, ou desinibição de tipo hipomaniaco, que culminará então na desorganização.

Contudo o processo de recaída pode ser reversível, devendo-se então reconhecer o papel dos fatores pessoais, ambientais e terapêuticos que podem influenciar o processo de recaída, e contribuir para tornar bem-sucedida a utilização dos mecanismos de adaptação por parte da pessoa doente.

É então neste ponto que as intervenções familiares em grupo, surgem como fundamentais, melhorando a compreensão da família acerca do padrão de sintomas de alarme para um episódio iminente de doença, bem como contribuindo para identificação de problemas e a busca de soluções no seio do grupo, procurando a redução do stresse ambiental e, se necessário, o contacto com o psiquiatra para ajuste no tratamento farmacológico, tornando-se assim um espaço de partilha de sentimentos e vivências entre familiares que o poderão ajudar sobretudo em manter a esperança no amanhã...como um dia melhor...



## 5- “Defina limites”

O ambiente próximo da pessoa doente deve ser o mais organizado possível, embora com a flexibilidade necessária, para compensar as dificuldades da pessoa em dirigir adequadamente a atenção, e em gerir situações emocionalmente complexas. Não se deve confundir baixa estimulação com permissividade, pelo que o facto de a pessoa estar doente não significa que toda a família se deva submeter às suas vontades, reconhecendo-se aliás que todos os membros da família têm direito ao seu bem-estar e à satisfação das suas necessidades fundamentais.

Assim, convém que se definam algumas regras e prioridades, que sejam de todos conhecidas, distinguindo-se:



- as situações negociáveis (meramente aborrecidas ou irritantes),
- as que se consideram intoleráveis ou abusivas, com a finalidade de se reduzirem as situações de conflito e stress entre os vários membros da família.

Nesta matéria pode eventualmente ser útil pedir a colaboração da equipa terapêutica, no sentido de contribuir para a criação de um ambiente propício à recuperação. Além disso, a pessoa doente deve também ser levada a compreender que algumas regras são necessárias, até como treino com vista à sua independência e sucesso no mundo fora da família, na escola ou no trabalho.

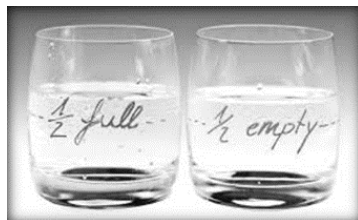
Em todo o caso, devem sempre ser evitadas longas discussões e argumentações.



## 6- “Coisas que não consegue mudar, ignore”

As prioridades devem ser adequadas e cuidadosamente estabelecidas, tendo em conta a natureza da doença e também o facto de que as mudanças se operam lentamente.

Embora seja naturalmente difícil ignorar comportamentos negativos, os familiares devem procurar valorizar os progressos registados, ainda que aparentemente pequenos como: na colaboração das tarefas domésticas, na participação das rotinas familiares, além de manterem a esperança em melhorias futuras e, entretanto, centrarem-se o mais possível nos seus próprios objetivos.



Os familiares devem estar atentos e não ignorarem manifestações de violência.



Nestes casos, devem atuar o mais cedo possível para fazerem com que a crise não avance, mantendo um ambiente calmo e organizado, se possível identificar os fatores que levaram à crise, evitando o confronto direto e procurando responder à ansiedade subjacente da pessoa

doente, e não às suas ideias concretas.

Deve-se procurar que a pessoa doente recolha ao seu quarto ou, no caso de estar diretamente envolvida uma outra pessoa, deve-se fazer com que esta se afaste por algum tempo.

Se possível deve ser contactado o profissional de referência ou, em caso da situação ficar incontrolável, quando a pessoa está agressiva e já fora de controlo, pode efetivamente tornar-se necessária a intimidação física, bem como o recurso a ajuda externa, da equipa de intervenção policial.

Os familiares devem também estar alerta para as situações de risco de suicídio, e instruídos no sentido de pedirem ajuda profissional, enquanto mantêm a pessoa doente sob vigilância e procuraram manter uma atitude calma.

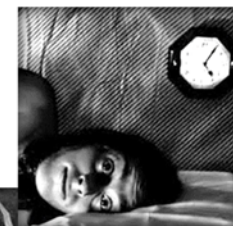
## 12- “Esteja atento aos primeiros sinais de recaída”

Pelos graves prejuízos provocados por cada recaída, diretamente ao nível do cérebro, e também nas possibilidades de recuperação funcional da pessoa doente, a família deve ser envolvida no reconhecimento das situações de risco, através da identificação prévia que é feita, em conjunto com o profissional, do conjunto de sinais e mudanças de comportamento que habitualmente surgem na pessoa com doença mental antes da manifestação das crises agudas.

Habitualmente os primeiros sinais da recaída reproduzem os sinais primários do primeiro episódio, embora seja necessário ter em atenção que alguns sintomas poderão estar alterados, ou não ser tão evidentes, devido à medicação e ao receio da recidiva e da hospitalização.

Em todo o caso, os sinais mais comuns de recaída incluem sintomas pouco específicos:

- estado depressivo,
- ansiedade intensa e a irritabilidade,
- menor ou excessiva actividade
- menor ou excessiva energia
- menor concentração,
- perturbações do sono
- alteração do apetite.



Por vezes podem ser acionados por parte da pessoa doente mecanismos de adaptação a este estado, normalmente no sentido do isolamento, e o evitamento social, quando reconhece níveis excessivos de stresse, ainda antes de outros sinais serem perceptíveis.

## 10- “Faça escolhas de vida saudáveis”

Esta opção ajuda a pessoa doente e família a lidar com a doença. Manter hábitos saudáveis dentro da família, ajuda a pessoa doente a compreendê-los e mantê-los, como a alimentação, a prática de exercício físico, algumas atividades recreativas ao ar livre. Não deixe de fazer as atividades que eram realizadas em família antes do aparecimento da doença.



## 11- “Nada de drogas nem álcool”

Estudos científicos apontam para que as alterações estruturais do cérebro das pessoas com doença mental as tornem mais sensíveis aos efeitos do abuso de substâncias (especialmente álcool e drogas), que por isso poderão contribuir para precipitar a manifestação da doença, assim como aumentar os seus níveis de excitabilidade cerebral, ocasionando recaídas mais frequentes.

Por esse motivo, e tendo em vista o processo de recuperação, tanto a pessoa doente como a sua família e amigos devem ser informados sobre a necessidade de essas substâncias serem evitadas.

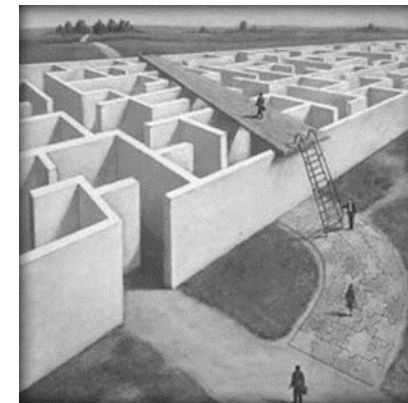
Se ocorrer consumo dessas substâncias, essa situação



## 7- “Simplifique”

Um outro aspeto que contribui de forma importante para regular o nível de stresse no ambiente familiar, traduz-se pela simplificação.

Relaciona-se principalmente com a forma de comunicação na família, levando em linha de conta as dificuldades que a pessoa com doença mental frequentemente apresenta na área cognitiva, e em termos de processamento da informação.



Neste sentido, as pessoas devem procurar transmitir as coisas de forma clara, calma e positiva, e através de conversas curtas, simples e o mais possível centradas em



aspetos concretos do dia-a-dia, evitando excessivos detalhes e discussões acaloradas sobre assuntos com maior carga emocional, como sejam as questões filosóficas, de política, religião ou sexualidade. Também nesta linha, a pessoa doente deve ser encorajada a expressar-se de forma clara e simples, devendo ser-lhe proporcionado o tempo necessário para isso, não sendo por esse motivo conveniente que, nas suas interações, os familiares se apressem a presumir as intenções ou significados do que é dito pela pessoa doente de forma estranha ou bizarra.



## 8- “Cumpra as indicações do médico”

Aqui destaca-se o tratamento farmacológico como base para a redução da vulnerabilidade cerebral face à estimulação ambiente, e tendo em conta que a adesão ao esquema terapêutico prescrito é muitas vezes dificultada pelos efeitos secundários desagradáveis (que nem sempre se conseguem distinguir dos efeitos da própria doença, mas que tendência é associar aos efeitos secundários da medicação). Por outro lado pela resistência em aceitar a continuação do tratamento, por parte da pessoa doente, e por vezes também por parte da família, quando a pessoa doente se começa a sentir melhor.



Todos precisam de compreender a forma como “funcionam” os medicamentos e o facto de não tratarem a doença mas apenas controlarem os sintomas, bem como



as fortes probabilidades de recaída nas situações de interrupção da medicação. É ainda importante reconhecer que recaídas sucessivas, terão recuperações mais difíceis no

controlo dos sintomas e poderão ter maiores consequências em termos cognitivos (dificuldade de aprendizagem, memória, concentração).

As rotinas familiares devem ser restabelecidas o mais rapidamente possível após a fase aguda da doença – *faça a sua vida normal*.

Embora também esta ideia possa, à partida, parecer contraintuitiva, salienta-se aqui o facto de que, visto tratar-se de uma doença de evolução prolongada, é fundamental que a vida dos familiares prossiga o mais normalmente possível, mantendo as suas atividades, contactos e fontes de reforço para além do núcleo familiar, a fim de se evitarem as situações de desgaste psicológico e frustração, bem como a tendência comum para a redução da rede social de apoio da família.



O familiar tem de cuidar de si próprio para se manter apto a cuidar dos outros e, em particular, da pessoa doente.



Além do mais, o facto de os familiares cuidadores se manterem saudáveis e procurarem atingir os seus objetivos pessoais, contribui para evitar que a pessoa doente se sinta pior, e responsável pelo mal-estar dos familiares, os quais passariam assim a constituir mais uma fonte de sofrimento e culpa para a pessoa doente, ao invés de serem sentidos

como uma fonte de apoio.

Por outro lado, a pessoa doente deve então ser levada a confrontar-se com as suas atuais limitações, ainda que encaradas como temporárias, aprendendo a viver com elas da forma mais autónoma possível, embora sempre tendo em vista o caminho lento, mas seguro, para a recuperação.

## 9- “Faça a sua vida normal”

### **Apêndice 3**

#### Estudo de Caso I

## **Estudo de Caso I**

**Discente:** Filipa Felícia

Lisboa, Novembro de 2014



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	2
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DADOS PESSOAIS</b>	3
<b>2. HISTÓRIA DE SAÚDE</b>	3
<b>2.1. Antecedentes Familiares e Pessoais de Saúde</b>	3
<b>2.2. Situação de Saúde Atual</b>	4
<b>2.3. Caracterização Familiar</b>	6
<b>2.4. Avaliação do Estado Mental</b>	7
<b>2.5 Medicação</b>	10
<b>2.6. Factores intra/inter/extra pessoais</b>	10
2.6.1. Factores intrapessoais	10
2.6.2. Factores interpessoais	12
2.6.3. Factores extrapessoais	12
<b>2.7. Identificação dos Stressores</b>	12
<b>3. PLANO DE CUIDADOS</b>	13
<b>CONCLUSÃO</b>	16
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA</b>	19

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Estagio e como forma de acompanhar um doente durante o internamento, considerei necessária a realização de um estudo de caso.

O doente foi por mim selecionado de acordo com a patologia que apresenta e de acordo com a relação que estabeleci com este e com a sua família ao longo do internamento.

No decorrer deste trabalho vou descrever a história de saúde de um doente com quem tive oportunidade de contactar durante um mês. Durante estes momentos tive oportunidade de realizar colheita de informações através da observação, da interação com doente e da família, da análise do processo.

Ao longo do tempo de contacto com o doente por quem estava procurei compreender as dificuldades que apresentava e intervir sobre as mesmas com intervenções adequadas e individualizadas às suas características e de acordo com as suas necessidades. Para o conseguir realizei um plano de cuidados onde procurei individualizar as intervenções de modo a conseguir atingir os resultados esperados para a melhoria da sua condição de saúde, procurando que a minha intervenção conseguisse facilitar todo o seu processo de internamento.

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DADOS PESSOAIS

**Nome:** RM

**Nome por que gosta de ser tratado:** R por outras pessoas mais distantes M

**Sexo:** Masculino

**Etnia:** caucasiana

**Idade:** 40

**Pessoa significativa/Pessoas a contactar:** Pai (Sr.J) e irmã (D.A)

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Religião:** procurou ter a presença do padre no internamento, mas diz que na família todos são ateus.

**Habilitações:** Licenciatura e Mestrado.

**Profissão actual:** Desempregado

**Agregado familiar:** Pai e R

## 2. HISTÓRIA DE SAÚDE

### 2.1. Antecedentes Familiares e Pessoais de Saúde

#### ***Antecedentes Familiares***

Segundo dados retirados do processo de R e durante as entrevistas feitas ao mesmo e à família. Na entrevista familiar, a irmã refere que a avó materna foi seguida em psiquiatria e “a minha mãe nunca foi ao psiquiatra, mas devia ter alguma coisa”. De outras doenças, apenas a doença da mãe (faleceu com cancro à 7 anos).

#### ***Antecedentes Pessoais***

Tem como antecedentes pessoais asma, medicado com inaladores, dores lombares, desconhece outra patologia médico-cirúrgica, consumo esporádico de tabaco, consumo de canabinoides 1 vez por mês. Nega uso de substâncias psicoativas, nega consumo habitual de bebidas alcoólicas, desconhece alergias medicamentosas.

Tem história de seguimento na Psiquiatria desde os 20 anos, referindo que é medicado desde essa altura com Priadel por “depressão”. Teve o primeiro episódio de mania há 5 anos, sem necessidade de internamento. Foi seguido na consulta particular por psiquiatra e psicólogo. Tem história de 3 internamentos, 2 há 3 anos por

episódio depressivo com ideação suicida, tendo feito ECTs. O terceiro internamento há um ano, também em fase depressiva. Atualmente com seguimento particular em psiquiatra com diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar. Em casa tem como medicação habitual o Priadel (Lítio).

## **2.2. Situação de Saúde Atual**

O R. é solteiro (viveu em união de facto com uma namorada) e refere que atualmente tem uma namorada (que, segundo o R. o pai não aceita). Vive com o pai (Sr. J.), com 68 anos, licenciado em Economia e ainda exerce como consultor de empresas.

Foi encaminhado ao serviço de Urgência por alterações do comportamento, com mandato de condução. Posteriormente é enviado ao serviço de estabilização (onde permanece 3 dias), sendo depois transferido para o S. Internamento.

O pai refere que há cerca de duas semanas o doente deixou a medicação, começou a chegar a casa mais tarde “dizia que tinha um amigo que estudou com ele na faculdade que tem um bar e que devia fazer desmame dos medicamentos”. O pai começou a perceber no doente um contacto mais esquivo “não queria falar comigo nem com a irmã”, começou a dormir menos “dorme muito mal, berra durante a noite”, com um discurso mais rápido “e nem deixava ninguém falar...dizia que tinha amigos em todo o lado...”. No dia em que foi encaminhado ao serviço de Urgência tornou-se agressivo contra a empregada doméstica acusando-a de ter roubado ouro. O pai refere que de facto roubaram o ouro lá de casa, mas não há suspeitas de ter sido a empregada. No serviço de urgência apresentou necessidade de ser contido fisicamente. Vígil, com hipersudorese e inquietação psicomotora. Pouco colaborante. Refere que tem doença bipolar, mas que se encontra bem, chamando constantemente pelo pai. Contacto distónico. Humor lábil, mas maioritariamente disfórico. Não foi apurado alteração do conteúdo do pensamento, contudo aquando da entrada do doente em SO há registo de ideias de grandiosidade e temática persecutória dirigida aos serviços de saúde psiquiátricos. Apresenta pressão do discurso. O discurso não organizado, consistindo predominantemente em frases soltas, algumas com aumento do tom de voz. Não se apuram alterações sensório-perceptivas. Quando a médica

propõe o internamento ao doente, este torna-se muito agitado, quase cai da maca e deixa de ser possível estabelecer diálogo com o mesmo. Nos exames complementares de diagnóstico no serviço de Urgência apresentava: Lítio não doseável; Urina com canabinoides positivos. Durante o internamento num serviço de estabilização antes do internamento no serviço de psiquiatria: doente nega qualquer alteração do estado mental até ao dia anterior. Refere que estava a reduzir a medicação de forma progressiva, mas por indicação médica. Diz que se mantinha a tomar o Priadel. Refere também o uso mensal ou quinzenal de canabinoides com o objetivo de analgesia sobre dores lombares. Mantém um discurso centrado na empregada que teria roubado ouro da sua mãe no valor de 400 contos, mencionando PJ que já tinha conhecimento. À observação apresentava-se com ligeira lentificação psicomotora, com pensamento pouco organizado, com ideação delirante persecutória, sem consciência mórbida.

Na primeira entrevista no internamento: o doente começa por referir que se licenciou em economia, começou a trabalhar como consultor e tirou pos-graduações e mestrado. Depois começou a dar aulas na faculdade durante 10 anos. Após o falecimento da sua mãe com cancro “as coisas começaram a embrulhar-se todas”, aos 33 anos. Refere que “tive uma depressão muito grande e deixei de trabalhar, não tinha pedigree académico” sic.. Diz que toma Priadel desde os 20 anos “por depressão” sic. “quando era jovem tinha depressões toleráveis. Fazia tudo mas sentia-me uma pessoa triste por dentro” sic.

Quanto ao episódio atual “estava a almoçar com uma amiga e o marido que pertence à PJ. Há uns anos roubaram o ouro todo da minha casa, era da minha mãe que morreu e tinha muito valor sentimental. O marido dela disse que a empregada doméstica estava envolvida nesse roubo. Agora veio a confirmação da judicaria. Enervei-me e foi o vexatório” sic. “Depois esperei que a empregada viesse 3ª feira de manhã e contei-lhe. Ela ficou meio elétrica quando lhe contei e disse que nunca fez nada. Peguei-lhe nos ombros mas não lhe bati”. “Andava a dormir mal, acordava várias vezes durante a noite” sic.

Como passatempos, costuma ler, ouvir musica, ver séries na televisão e passear. Diz ter namorada há alguns meses (pai não aceita a relação). Não tem

procurado trabalho porque tem algumas “quebras de memória” e tem rendimentos suficientes.

Na primeira avaliação do estado mental no internamento: apresenta-se vígil, orientado e colaborante. Contacto sintónico. Mimica facial expressiva. Contacto ocular mantido. Postura ligeiramente cabisbaixa. Atenção captável e fixável. Discurso fluente, sem alterações do débito e da prosódia, sem alterações sintáticas ou semânticas. Ideação delirante persecutória (continua a achar que a empregada roubou o ouro). Sem ideação suicida. Sem alterações da percepção. Dada como hipótese de diagnóstico: Perturbação afetiva bipolar – episódio misto.

### **2.3. Caracterização Familiar**

De acordo com o R este, durante o internamento refere que vive com o pai (de quem depende monetariamente), na casa do pai em S. A mãe faleceu de cancro (à 7 anos). Tem uma irmã com quem tem uma relação conflituosa. Esta é casada e tem um filho e vive noutra habitação. Refere também que tem uma família grande, mas que dentro do agregado familiar tem como referencia uma prima, que durante o internamento manifestou que conhece a sua doença e o “escuta quando necessita de falar com alguém” sic. Procurei construir um genograma e ecomapa durante o internamento, mas o R mostrou-se sempre muito esquivo e pouco colaborante na sua execução, optei por não forçar e procurei conhecer melhor a família que me apercebi que naquele momento de internamento se constituiu como um stressor para o doente, daí talvez a fuga em falar sobre a família. Ao longo do internamento a relação de conflito que apresenta com a irmã manteve-se, e embora durante o internamento a relação com o pai não fosse estável, umas vezes de conflito e outras de recurso, parece-me que no final do internamento a relação com o pai melhora uma vez que ele reconhece o pai como um recurso, sobretudo em termos económicos (reconhece a dependência do pai) e aceita que este frequente o grupo de suporte familiar.

Segundo o modelo de avaliação da família de Calgary (Figueiredo e Martins, 2010), relativamente à estrutura interna da família do R esta é uma família nuclear sendo constituído o seu agregado familiar pelo pai de R O pai de R é viúvo e os seus filhos já saíram de casa, quando R voltou a viver com o pai, depois do agravamento

da doença. Nesta família está presente o papel parental, sendo que segundo o R este tem uma ligação afectiva com o pai, sendo este também para ele um recurso do ponto de vista económico, no entanto a relação entre ambos é marcada também por muitos momentos de conflito. A relação de R com a irmã é de conflito quase permanente.

Relativamente à estrutura externa familiar do R não foi possível a elaboração de um genograma e ecomapa pela não disponibilidade do doente para o fazer. No entanto durante o internamento foram apuradas as pessoas da família que para o doente, naquele momento se destacaram nas suas relações: o pai, a irmã, e uma prima.

A família de R é uma família de etnia caucasiana e segundo R na família todos são ateus.

Segundo os Estádios de Desenvolvimento Familiar de Duvall esta família situa-se na etapa do ciclo de vida de famílias de meia idade (marido-pai-avô; mulher-mãe-avó; filho-irmão-tio, filha-irmã-tia) onde nesta família, a mãe faleceu, e o filho, pela doença volta a viver com o pai. A irmã de R é casada e tem uma filha, vivendo noutra residência.

Durante o internamento as pessoas que visitaram o R foi o pai (mais presente) e a irmã, com os quais tive oportunidade de realizar entrevistas de forma a perceber a sua perceção sobre a doença do R e o ambiente familiar.

## **2.4. Avaliação do Estado Mental**

Durante o internamento o R apresentou alterações do seu estado mental pelo que houve a necessidade de realizar o registo desta avaliação em fases diferentes do internamento:

### ***Avaliação no 1º dia de internamento***

**Aparência/Apresentação geral:** apresenta a idade real coincidente com a idade aparente. Postura ligeiramente cabisbaixa. Mostra pouca preocupação com o vestuário (vestido com roupa de hospital).

**Atividade motora:** lentificado

**Comportamento/Atitude:** contacto sintónico, mimica facial expressiva, contacto ocular mantido.

**Atenção:** captável e fixável.

**Orientação:** apresenta-se orientado no espaço, na vertente autopsíquica e alopsíquica e temporal.

**Consciência:** apresenta-se vígil, orientado e colaborante.

**Memória:** sem alterações.

**Discurso/Linguagem:** apresenta um discurso fluente, sem alterações do débito ou da prosódia, sem alterações sintáticas ou semânticas. Apresenta uma linguagem verbal e não-verbal congruente com o seu discurso.

**Pensamento:** ideação delirante persecutória. Continua a achar que a empregada lhe roubou o ouro.

**Sensoriopercepção:** aparentemente não apresenta alterações na sensoriopercepção.

**Inteligência:** aparentemente sem alterações.

**Humor/Afetividade:** humor subdepressivo, com afetos preservados e congruentes.

**Insight e Juízo Crítico:** sem crítica relativamente à necessidade de internamento.

### ***Avaliação no 12º dia de internamento***

**Atividade motora:** mantém uma postura tendencialmente cabisbaixa, com alguma lentificação motora, ligeira rigidez dos membros inferiores. Postura tensa durante a entrevista familiar.

**Comportamento/Atitude:** mantém contacto adequado na interação com os outros doentes. No entanto com períodos de hostilidade com os profissionais de saúde.

**Atenção:** captável e fixável

**Orientação:** apresenta-se orientado em todas as vertentes.

**Discurso/Linguagem:** apresenta fala arrastada. Apresenta uma linguagem verbal e não-verbal congruente com o seu discurso.



**Pensamento:** apresenta ideação delirante “andava na rua a perguntar onde era a capela e dizia que caso não houvesse ia falar com o bispo”sic., confirmado apenas quando confrontado.

**Humor/Afetividade:** Humor eutímico, com afetos preservados e congruentes.

**Insight e Juízo Crítico:** Apresenta crítica para a necessidade de tratamento, manifestando vontade em ir para casa:” eu não quero pressionar a alta mas gostava de ir embora dormir na minha cama”sic.

### ***Avaliação no 15º dia de internamento***

**Atividade motora:** Inquieto, com acatisia, manifestando “não consigo ficar parado”sic., facies cansado, com hipersudorese.

**Comportamento/Atitude:** manifesta ansiedade.

**Atenção:** Captável e fixável

**Orientação:** Apresenta-se orientado em todas as vertentes.

**Discurso/Linguagem:** Discurso espontâneo com fala arrastada, sem alterações sintáticas ou semânticas.

**Pensamento:** nega alterações do conteúdo do pensamento, apresentando comportamento que manifesta uma possível ocultação.

**Humor/Afetividade:** humor depressivo, afetos tristes e congruentes, pouco moldáveis.

**Insight e Juízo Crítico:** quer assinar o termo de responsabilidade para sair do serviço, manifestando descrença relativamente ao tratamento.

### ***Avaliação antes da alta:***

**Atividade motora:** inquieto, no entanto com redução significativa da acatisia.

**Comportamento/Atitude:** manifesta ansiedade pela vontade de sair do serviço.

**Atenção:** captável e fixável

**Orientação:** apresenta-se orientado em todas as vertentes.

**Discurso/Linguagem:** discurso espontâneo sem alterações sintáticas ou semânticas.

**Pensamento:** mantem as ideias de roubo da empregada, mas sem cariz delirante.

**Humor/Afetividade:** eutímico

**Insight e Juízo Crítico:** apresenta crítica face à necessidade de manter o tratamento. Com pouca crítica relativamente à doença.

## 2.5 Medicação

Até à data do internamento			No final do internamento		
Medicamentos	Dose	Frequência	Medicamento	Dose	Frequência
Lítio	400 mg	1+0+1	Lítio	400 mg	1+0+1
Topiramato	100 mg	1+0+1	Acido Valpróico	500 mg	1+0+1
Bupropiona	300 mg	1+0+0	Clozapina	100 mg	0+0+1+1
Quetiapina	100 mg	0+0+0+1	Lorazepam	1 mg	1+0+1
Venlafaxina	75 mg	0+1+0	Propanolol	10 mg	1+0+1
Venlafaxina	150mg	1+0+0			
Propanolol	10 mg	1+0+0	Acido Fólico	5 mg	0+1+0
Flurazepam	15 mg	SOS	Salmeterol/ Fluticasona (inal.)	25 mcg/250mcg	1+0+0
Salmeterol/ Fluticasona (inal.)	25 mcg/250mcg	1+0+0	Salbutamol (inal.)	100mcg	SOS
Salbutamol (inal.)	100mcg	SOS			

## 2.6. Fatores intra/inter/extrapessoais

### 2.6.1. Fatores Intrapessoais

#### *Variável Fisiológica*

O R é autónomo na realização das suas atividades de vida diárias realizando o seu autocuidado sozinho sem intercorrências. Inicialmente, devido à presença de alguma desorganização no seu comportamento e sonolência era necessária supervisão na realização das AVD's no entanto com a evolução do internamento e do seu estado de saúde esta supervisão deixou de ser necessário conseguindo o mesmo realizar autonomamente e de forma segura o seu autocuidado. Relativamente à alimentação o R consegue alimentar-se autonomamente em todas as refeições. A cumprir o horário das refeições, apresenta apenas, durante um período do

internamento necessidade de se levantar várias vezes durante as refeições pela acatisia que apresenta. Alimentando-se da totalidade de todas as refeições sem alterações. Quanto ao sono apresenta períodos de insónia inicial e insónia final, melhorando progressivamente ao longo do internamento.

### ***Variável Psicosociocultural***

Ao longo do internamento o R apresentou alterações ao nível do seu comportamento. Mantendo-se a maior parte do tempo com um contacto sintónico com os profissionais e com os restantes doentes internados, segundo dados passados através das passagens de turno foi referido que apresentava por vezes um contacto hostil dirigido aos profissionais de saúde.

O R, na casa do pai, com este. Está desempregado, desde a altura em que se despediu do emprego (professor universitário). Licenciado, realizou várias pós-graduações e Mestrado na mesma área, tendo sido professor na faculdade para além da sua actividade profissional.

### ***Variável de Desenvolvimento***

O R, segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erickson encontra-se no estágio no sétimo estágio – generatividade/estagnação: (35 - 60 anos) (Adulto). Este estadio é caracterizado pela necessidade em orientar a geração seguinte, em investir na sociedade em que se está inserido. É uma fase de afirmação pessoal no mundo do trabalho e da família. Há a possibilidade do sujeito ser criativo e produtivo em várias áreas. Existe a preocupação com as gerações vindouras; produção de ideais; obras de arte; participação política e cultural; educação e criação dos filhos. A vertente negativa leva o indivíduo à estagnação nos compromissos sociais, à falta de relações exteriores, à preocupação exclusiva com o seu bem-estar, posse de bens materiais e egoísmo.

### ***Variável Espiritual***

Durante o internamento o R apresentou necessidade de falar com o capelão, procurando ir até à capela por várias vezes. No entanto quando questionado refere que todos na sua família são ateus e que nunca foi batizado, mas não manifestou interesse em falar sobre o assunto.

### 2.6.2. Fatores Interpessoais

#### ***Variável Sociocultural***

Durante o internamento durante as entrevistas com R este referiu-me que tem uma relação boa com o pai, embora mantivesse com estes períodos de conflito durante a visita. Manifesta que a relação com a irmã é conflituosa e que esta o trata como se ele fosse criança e influencia o pai. Identifica uma prima como uma pessoa com quem tem uma excelente relação, sentindo que esta compreende a sua doença, ajudando-o. Distanciou-se da restante família desde que tem a doença. Não mostrou interesse em contactar a prima durante o internamento e esta nunca compareceu na visita. Não refere amigos. Refere apenas a existência de uma namorada que diz não ser aceite pelo pai.

As pessoas que compareceram na visita durante o internamento foram o pai e a irmã, estando o pai presente de forma mais constante. Apenas não vinha à visita quando o R lhe pedia para não vir.

### 2.6.3. Fatores Extrapessoais

#### ***Variável Sociocultural***

O R é acompanhado pela equipa multidisciplinar deste hospital intervém com o objetivo de satisfazer as suas necessidades individuais e melhorar a sua condição de saúde. Após o internamento está a ser planeado o acompanhamento do R semanalmente em consulta de enfermagem e TO, assim como consulta de Psicologia (psicoeducação). Fica ainda com a próxima consulta de psiquiatria marcada para 8 dias após o internamento.

## 2.7. Identificação de Stressores

<b><i>Stressor</i></b>	<b><i>Fator</i></b>	<b><i>Variável</i></b>
Presença de delírios persecutórios associados à empregada	Intrapessoal	Fisiológica
Não adesão à terapêutica	Intrapessoal	Psicosociocultural
Hostilidade para com os profissionais de saúde	Intrapessoal	Psicosociocultural
Conflitos com o pai e irmã	Interpessoal	Psicosociocultural

### 3. Plano de Cuidados

Diagnostico (CIPE)	Intervenções	Avaliação
<p>Foco: Adaptação</p> <p>Adaptação prejudicada</p> <p>Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade de aceitação da doença</li> <li>- Incapacidade de cumprimento de medicação</li> <li>- Incapacidade de modificar comportamento de forma consistente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a modificações do comportamento</li> <li>- Assistir a pessoa a identificar a razão para a não adesão ao regime terapêutico</li> <li>- Ensinar sobre as complicações da gestão do regime terapêutico</li> </ul>	<p>Ao longo do internamento o R desenvolveu crítica relativamente à necessidade de cumprimento da medicação (mostrando-o sobretudo na reunião comunitária aos outros doentes presentes no grupo), no entanto, mantém-se com pouca crítica relativamente à doença.</p> <p>Aplicada a escala de MAT, com Score total=34 (Risco Reduzido).</p>
<p>Foco: Adesão ao regime terapêutico</p> <p>Adesão ao regime terapêutico ineficaz</p> <p>Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandono da medicação algumas semanas antes do internamento;</li> <li>- Desenvolvimentos de sintomas: alteração do sono, agitação, agressividade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar a aprendizagem do doente</li> <li>- Motivar a disposição para aprender</li> <li>- Promover a auto-responsabilização</li> <li>- Reunir medicamentos</li> <li>- Vigiar comportamento com medicamentos durante as refeições</li> </ul>	<p>Aderiu à terapêutica administrada no internamento. Apresentou um período de descrença associado à instituição de risperidona que lhe provocou acatisia, ansiedade, desconforto, no entanto, após a suspensão dessa terapêutica e depois de começar a sentir melhoria, volta a acreditar na importância da medicação no controlo dos sintomas da sua doença.</p>
<p>Foco: Andar</p> <p>Andar prejudicado em grau reduzido</p> <p>Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitação do movimento independente do corpo associado a lentificação psicomotora e acatisia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir ambiente: segurança</li> <li>- Prevenir quedas</li> <li>- Promover auto-responsabilização</li> <li>- Disponibilizar presença</li> </ul>	<p>Apresentou numa fase inicial do internamento lentificação psicomotora com melhoria progressiva.</p> <p>Apresentou acatisia e inquietação motora, associado ao início da toma de risperidona, sintomatologia que melhorou após a suspensão da mesma e hidratação.</p>
<p>Foco: Ansiedade</p> <p>Ansiedade sim em grau moderado/elevado</p> <p>Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos de ameaça associado ao internamento contra vontade (compulsivo)</li> <li>- Sentimentos de ameaça na entrevista familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escutar ativamente</li> <li>- Disponibilizar presença</li> <li>- Aliviar a ansiedade</li> <li>- Oferecer suporte emocional</li> <li>- Facilitar licença de saída do serviço</li> </ul>	<p>Durante o internamento apresentou alguns períodos de ansiedade inicialmente ao facto de ter que se manter fechado no serviço, melhorando após a possibilidade de poder sair do serviço e ir até ao jardim.</p> <p>Manteve ansiedade durante as entrevistas realizadas com a família, com tensão associada ao facto dos familiares falarem sobre os seus problemas e pela relação de conflito com o pai e</p>

		com a irmã (mais acentuada com a irmã) que se manteve durante todo o internamento.
<p>Foco: Autocontrolo - ansiedade Auto-controlo (ansiedade ineficaz) Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensão-muscular, inquietude, hipersedurese durante a entrevista familiar</li> <li>- Inquietude, “agitação interna” sic. “sensação de que vai explodir”sic. “Sensação de morte eminente” sic. (como efeito secundário à toma da risperidona)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir ambiente: segurança</li> <li>- Proporcionar suporte emocional</li> <li>- Incentivar a participação na reunião comunitária</li> <li>- Disponibilizar a presença junto do doente de forma a promover a segurança e reduzir o medo</li> <li>- Estabelecer confiança e relação positiva</li> <li>- Informar o doente da disponibilidade, sem reforçar comportamentos de dependência</li> <li>- Manter presença física com o utente sem esperar interação (estar em silêncio)</li> <li>- Promover a saída do serviço</li> <li>- Explicar que as sensações demonstradas são efeitos secundários de um medicamento que foi suspenso, mas que enquanto permanecer no organismo vai provocar os efeitos identificados, mas que os sintomas podem ser controlados com outros medicamentos (manter uma relação de confiança com o doente)</li> </ul>	<p>Durante as entrevistas com a família, apesar de se manter ansioso, cumpre o momento da entrevista até ao fim, mostrando alguma capacidade de controlo.</p> <p>Doente manifesta manter confiança no enfermeiro, procura-o para explicar os sintomas, sendo-lhe dada medicação (que aceita) para controlo dos sintomas, como lorazepan e propranolol.</p>
<p>Foco: Autocuidado: comportamento sono e repouso Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em dormir, “dormia pouco”sic. antes do internamento</li> <li>- Insónia Inicial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir medicamentos SOS</li> <li>- Promoção do sono noturno</li> <li>- Aconselhar sobre a importância do sono</li> <li>- Promover a auto-responsabilização</li> </ul>	<p>No final do internamento e com adaptação à terapêutica apresentou melhoria deixando de apresentar insónia inicial e/ou final.</p>
<p>Foco: Auto-estima Auto-estima diminuída Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pede para falar com A. Social uma vez que acredita que não vai voltar a ter emprego</li> <li>- Pouca valorização de elogios por parte dos outros</li> <li>- Expressa duvida, culpa, descontentamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o auto-conhecimento</li> <li>- Aumentar a socialização</li> <li>- Incentivar a participação na reunião comunitária</li> <li>- Disponibilizar presença</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional</li> </ul>	<p>Participou na reunião comunitária, onde se manteve colaborante e participativo.</p> <p>Manteve contacto verbal frequente com outros doentes internados, sobretudo durante as refeições.</p>
<p>Foco: Conhecimento (família/ cuidador) Conhecimento do cuidador não adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a participação no grupo de famílias (grupo de Suporte Familiar)</li> </ul>	<p>Durante o internamento o pai do R mantém-se com dúvidas relativamente aos resultados do</p>

<p>Dados: o cuidador demonstra/ verbaliza não possuir conhecimentos em assistir o doente sobre: agitação, ansiedade, comportamento do doente desajustado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar estratégias e métodos de instrução à capacidade dos cuidados</li> <li>- Ajustar a coerência da informação transmitida aos desejos/ necessidades do cuidador</li> <li>- Assegurar que as informações oferecidas pela equipa sejam coerentes e uniformes</li> <li>- Encorajar a participação ativa do doente e cuidador</li> <li>- Oferecer ambiente favorável à aprendizagem</li> </ul>	<p>tratamento uma vez que este já tem sido sujeito a variados tratamentos e a recaída voltou a acontecer.</p> <p>No final do internamento o pai do R integra o grupo de Suporte Familiar, mostrando interesse em melhorar a relação com o filho, procurando respostas relativamente a todo o processo de doença, assim como aos comportamentos do filho.</p>
<p>Foco: Stresse do cuidador</p> <p>Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o pai descreve preocupação com reação pessoal face à situação do doente</li> <li>- o pai manifesta ansiedade e stresse na comunicação com o doente entrando em comunicação limitada ou hostil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer acompanhamento através da participação no grupo de Suporte Familiar</li> <li>- Identificação das dificuldades, duvidas e estratégias já adotadas na relação com pessoa com doença mental (Anexo IV)</li> <li>- Promover a melhora do papel de cuidador</li> <li>- Informar o cuidador sobre os recursos comunitários</li> <li>- Encorajar a aceitação da interdependência entre os membros da família</li> <li>- Elogiar o cuidador pelos seus esforços</li> <li>- Identificar a dependência do doente em relação ao cuidador</li> <li>- Identificar as dificuldades do papel de cuidador</li> <li>- Informar sobre a condição do doente</li> </ul>	<p>O pai integra o grupo de famílias no final do internamento de R. Numa fase inicial apresenta-se com a necessidade de obter respostas rápidas de como lidar com a situação do R. O grupo, constituído por pessoas que se identificam com a situação e que lhe transmite que não existem respostas certas, mas que através das suas experiências lhe procuram transmitir algumas orientações.</p> <p>Posteriormente, ao longo das sessões, o pai de R transmite sentimentos, emoções associadas à relação com o R, permitindo-se a ventilação de emoções e encontrando no grupo o apoio pela identificação com esses mesmos sentimentos e emoções.</p>

## CONCLUSÃO

No final de um mês de internamento o R apresenta humor eutímico, contacto sintónico, discurso espontâneo fluente, sem alterações. Sem grande dificuldade na expressão de emoções e sentimentos. Mantém ideiação relativamente ao roubo da empregada, mas mostra arrependimento relativamente à agressão, mostrando crítica face à situação vivida. Manteve interação com outros doentes, sempre com bom contacto. Melhorou relativamente à hostilidade apresentada contra os profissionais de saúde, agradecendo no final os cuidados que lhe foram prestados, mantendo bom contacto. Não definiu objetivos concretos relativamente ao futuro, definindo apenas que pretende descansar, e manter o tratamento e a vinda às consultas, cumprindo tratamento que lhe está a ser proposto. Mantém uma relação com o pai, suportada pela dependência económica deste, com períodos de conflito. Com a irmã, a relação mantém-se conflituosa. Após o pai de R ter aceitado integrar o grupo de famílias, com a concordância de R este iniciou as sessões após a saída de R do internamento.

Inserido no grupo de suporte familiar, o pai de R permanece assíduo e pontual. Inicialmente, sem dificuldade de exposição da história de vida e da doença do filho ao grupo, procura obter respostas rápidas por parte do grupo, para os problemas que identifica, no comportamento de R que considera desajustados, na relação conflituosa que muitas vezes têm, mostrando sentimento de culpa associado ao facto de ter que ser “pai e mãe” *sic*. Utiliza muitas vezes a expressão: “o que é que eu devo fazer” *sic*., como o “posso obrigar” *sic*. O grupo procura devolver a necessidade de este compreender que não existem respostas certas para os problemas que apresenta, manifestando como solucionaram alguns problemas semelhantes e o resultado que obtiveram. Procuraram mostrar, de acordo com a experiência vivida, que o facto do doente se sentir obrigado a algo, muitas vezes leva a obter o efeito contrário do que se pretende, e a aumentar o conflito.



Como projeto terapêutico definido, o R continuará a ser seguido em consulta da Psiquiatria, Psicóloga, TO e Enfermagem. Relativamente à família, manterá o acompanhamento através do Grupo de Suporte para Familiares.

Segundo Betty Neuman (Neuman e Fawcett, 2011), o principal objetivo de enfermagem é assistir a pessoa de modo a conservar ou obter a estabilidade do sistema, ou seja, a enfermagem assiste a pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para tal são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stresse e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa. Assim, os doentes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica e sujeitas a fatores de stresse. As nossas intervenções visam a integridade da pessoa, e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stresse, procurando reduzir o seu efeito (Kérouac, 1994). Podemos assim ver que quando a integridade da pessoa fica comprometida por ação de fatores de stresse, a pessoa vivencia uma situação de crise. Caplan (1961) citado por Chalifour (2008, p.185) diz-nos que “Um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objetivo importante da sua vida ...” seguido de “... um período de desorganização e de desconforto, no qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas ... uma forma de adaptação é produzida, que pode ser ou não, no melhor interesse da pessoa e seus próximos”.

Para poder intervir numa pessoa em crise, o enfermeiro recorre a estratégias que lhe permitam ajudar o doente a desenvolver uma resposta o mais adaptativa possível, sendo um elemento ativo e criativo nesta relação, orientando as ações do doente ao longo das várias etapas de adaptação (Benter in Stuart, 2001). Como nos diz Phaneuf (2005) ajudar não significa oferecer à pessoa soluções, mas orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através das diferentes fases do processo de resolução de problemas.

Com base nestes princípios e no trabalho por mim desenvolvido, consegui estabelecer uma relação terapêutica com o doente, delineando objetivos que fossem de encontro aos diagnósticos levantados e às necessidades do próprio doente, tendo sempre em conta o seu projeto de saúde, que neste caso passa

pela recuperação que o possibilite a saída do internamento. Mantendo uma postura empática, usei sempre um tom de voz calmo e pausado, respeitando os momentos de silêncio e os limites do doente. Procurei em vários momentos no internamento a realização de uma entrevista estruturada com o doente, mas encontrei muita resistência por parte do doente, optei por manter com este várias conversas informais que maioritariamente ocorriam no corredor onde procurei conhecer melhor esta pessoa e de que forma a doença o afeta. Através da relação estabelecida, foi possível que o doente exprimisse as suas dificuldades e sentimentos, e para muito contribuiu a minha disponibilidade e compreensão. Consegui estabelecer uma relação terapêutica também com a família deste doente, realizando com esta várias entrevistas que me permitiram conhecer a estrutura e dinâmica familiar. Após avaliação esta família constitui um recurso para o doente, principalmente o pai, com que o doente diz ter uma relação por vezes de conflito, mas que mostra afeto por este. Procurei que a relação de ajuda se estendesse a esta família, dando a conhecer a existência de um grupo de famílias e finalidades convidando a família a participar no grupo. O pai mostrou grande interesse, tendo iniciado a sua presença no grupo desde a saída do R do internamento, mantendo-se de forma assídua.

Em relação à minha avaliação, consegui evoluir positivamente adquirindo competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas como Enfermeira Especialista em Saúde Mental, e o trabalho desenvolvido com o R e família, foi fulcral em todo este processo.

Enquanto consciência de mim neste processo relacional com o R senti muitas vezes a frustração por não conseguir realizar a entrevista de uma forma estruturada, num ambiente adequado. Senti muitas vezes que este procura fugir do momento, não estava disposto para tal, optei por não forçar, uma vez que senti que poderia quebrar a relação de confiança que estava a desenvolver com este. No entanto, e tendo em conta as circunstâncias, procurei estabelecer uma relação terapêutica com o doente, através do encontro mais informal, mas que se revelou proveitoso pela informação que este me transmitiu e pela ajuda que lhe prestei relativamente aos problemas que me foi apresentando.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA**

Benter, S. (2001). Intervenção em crises. *in*: Enfermagem psiquiátrica. Stuart, Gail W. (2001). Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. - ISBN 85-7307-713-1. - 254-273

Chalifour, J. (2008) – A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos Existencial-Humanistas Da Relação De Ajuda – volume 1. (10ª edição) Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-055

Deglin, J.; Vallerand, A. (2009) Guia Farmacológico para Enfermeiros. (10ªed) Loures: Lusociência

Figueiredo, M E Martins, M (2010) Avaliação Familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. Cienc Cuid Saude, (Jul/Set 2010) nº 9, vol.3, p.552-559. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559. Acedido a 24/09/2016.

Kérouac, S. (1994). La Pensée Infirmière: conceptions et stratégies. Laval (Québec): Maloine. ISBN 2-7607-0584-6

Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. 5<sup>th</sup> edition. Boston: Pearson. ISBN: 978-0-13-514277-6

OMS (2001). CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10ª edição). V. 3: Índice alfabético. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. ISBN 85-314-0385-5.

Ordem dos Enfermeiros (2011) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2, Lusodidacta.

Rabello, E.; Passos, J. *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Disponível em <http://www.josesilveira.com> . Acedido a 6/11/2014

Relvas, A. (2006). O Ciclo vital da Família: perspetiva sistémica. 4ª edição. Porto: Afrontamento. ISBN:972-36-0413-2

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3

Trzepacz, P.; Baker, R (2001) Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi. ISSN:972-8449-77-1

#### **Apêndice 4**

Grupo Psicoeducativo para Familiares da Pessoa com Doença Mental Grave

## TEMAS DAS SESSÕES

Inspirada no Modelo de Kuipers, Leff e Lam (2002), a sequência das sessões segue um programa estruturado à família sendo as temáticas abordadas:

- ✚ Apresentação dos participantes e objetivos do programa;
- ✚ Saúde e doença mental: conhecer a doença;
- ✚ Conhecer o tratamento;
- ✚ Prevenção de recaídas e gestão das crises;
- ✚ A comunicação assertiva;
- ✚ Técnica de resolução de problemas;
- ✚ Problemas do quotidiano;
- ✚ Promoção da saúde do próprio cuidador;
- ✚ Respostas dos serviços de Saúde Mental;
- ✚ Finalização com a despedida do grupo.

## LOCAL DAS SESSÕES E HORÁRIO

### Local:



### Horário:

As sessões realizam-se de 15 em 15 dias\* à quinta-feira das 15:00 às 16:30 (90 minutos)

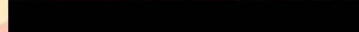
### Contacto telefónico:



(de 2ª feira a 5ª feira das 9:00 – 16:00)

\*se por algum motivo a sessão não possa ocorrer na data e hora agendada, existirá um contacto telefónico prévio da equipa.

Elaborado por: Filipa Felícia, 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.



## GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE (DMG)



Janeiro 2015

## GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DE PESSOA COM DMG

### O QUE É?

Trata-se do encontro programado com um objetivo específico, de pessoas com uma situação comum (familiar de pessoa doente com DMG) e que se juntam durante um determinado tempo, formando um grupo. Este grupo é moderado por terapeuta e co-terapeuta e tem um cariz fundamentalmente psicoeducativo, procurando melhorar a gestão da doença através da redução dos níveis de stress no meio familiar, aprendendo a lidar de forma mais eficiente com a doença, melhorando as capacidades da família para a resolução de problemas aperfeiçoando os padrões de comunicação assertiva na família ao mesmo tempo ajudando cada um dos membros da família a alcançar os seus objetivos pessoais.

### QUEM PERTENCE AO GRUPO?

É um grupo constituído por familiares de pessoas com doença mental grave (sem a presença da pessoa doente). É um grupo fechado (as pessoas são as mesmas da primeira à última sessão).

### QUEM DINAMIZA O GRUPO?

O grupo é dinamizado por duas enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria pertencentes à Equipa Comunitária [redacted] e eventualmente com a colaboração de outros técnicos.

## OBJETIVOS DO GRUPO

- ✚ Obter conhecimentos sobre a doença;
- ✚ Conhecer o tratamento;
- ✚ Desenvolver estratégias para melhor lidar com a doença;
- ✚ Melhorar a comunicação dentro da família;
- ✚ Aprender a resolver problemas do dia-a-dia;
- ✚ Aprender a desenvolver estratégias de promoção da saúde de quem cuida da pessoa com DMG;
- ✚ Conhecer as Respostas dos Serviços de Saúde Mental;
- ✚ Partilha de experiências entre os familiares;

## REGRAS DO GRUPO

- ✚ Respeitar a privacidade e intimidade do seu familiar doente;
- ✚ Confidencialidade;
- ✚ Respeito pelo ponto de vista de cada um;
- ✚ Não conversar colateralmente;
- ✚ Ser assíduo e pontual.

## **Apêndice 5**

### Estudo de Caso II

## **Estudo de Caso II**

**Discente:** Filipa Felícia

Lisboa, Janeiro de 2015

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	2
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DADOS PESSOAIS</b>	3
<b>2. HISTÓRIA DE SAÚDE</b>	3
2.1. Antecedentes Familiares e Pessoais de Saúde	3
2.2. Situação de Saúde Atual	4
2.3. Caracterização Familiar	4
2.4. Avaliação do Estado Mental	5
2.5 Medicação	6
2.6. Factores intra/inter/extra pessoais	6
2.6.1. Fatores intrapessoais	6
2.6.2. Fatores interpessoais	7
2.6.3. Fatores extrapessoais	7
2.7. Identificação dos Stressores	8
<b>3. PLANO DE CUIDADOS</b>	9
<b>CONCLUSÃO</b>	13
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA</b>	15



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Estágio e como forma de acompanhar um doente durante o meu percurso no estágio da Unidade de Saúde Mental Comunitária, considereei necessária a realização de um estudo de caso.

O doente foi por mim selecionado de acordo com a patologia que apresenta e de acordo com a relação que estabeleci com este e com a sua família ao longo da minha permanência em estágio nesta unidade. A motivação para a escolha deste doente prendeu-se pelas necessidades associadas à sua doença, mas também e também pela disfuncionalidade das redes sociais que envolvem este doente principalmente a família.

No decorrer deste trabalho vou descrever a história de saúde de um doente com quem tive oportunidade de contactar durante este período e no qual tive por duas vezes contacto com o doente e com a família. Durante estes momentos tive oportunidade de realizar colheita de informações através da observação, da interação com doente e da família através da entrevista, da análise do processo.

Ao longo do tempo de contacto com o doente procurei perceber quais as dificuldades que apresentava e, em conjunto com a equipa intervir sobre as mesmas com intervenções adequadas e individualizadas às suas características. Para o conseguir realizei um plano de cuidados onde procurei individualizar as intervenções de modo a conseguir atingir os resultados esperados para a melhoria da sua condição de saúde, procurando que a minha intervenção conseguisse dar respostas às necessidades por si apresentadas ou pela sua família, assim como as percebidas pela equipa.

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DADOS PESSOAIS

**Nome:** F

**Nome por que gosta de ser tratado:** F

**Sexo:** Masculino

**Etnia:** caucasiana

**Idade:** 24 anos

**Pessoa significativa/Pessoas a contactar:** Tia

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Religião:** não identificada

**Habilitações:** 9ºano

**Profissões que já desempenhou:** nenhuma

**Profissão actual:** Desempregado

**Agregado Familiar:** Pai e F

## 2. HISTÓRIA DE SAÚDE

F é uma pessoa com DMG com diagnóstico de Esquizofrenia Hebefrénica, com consumos de álcool e canabinoides. Teve o primeiro internamento com 14 anos, tendo seguimento pela USMC à cerca de 6 anos. Na leitura do processo de F percebi que associado ao seu longo processo de doença, com múltiplos abandonos de medicação, recaídas, reinternamentos, abandonos de projetos, distúrbios públicos está também uma situação familiar complexa com o divórcio dos pais, permanente conflito e agressividade entre os mesmos, entre o próprio doente e o pai e ainda conflito com as pessoas mais próximas na família, que o leva a ser expulso frequentemente de casa e passar dias desaparecido pela rua.

### 2.1. Antecedentes Familiares e Pessoais de Saúde

#### ***Antecedentes Familiares***

Antecedentes Psiquiátricos Familiares - tio com esquizofrenia, outro com toxicod dependência.

## ***Antecedentes Pessoais***

O F. é fisicamente saudável, tal como os seus pais e irmãos. A gravidez e o parto decorreram sem complicações. Na infância fez adenoidectomia, sem outras doenças.

## **2.2. Situação de Saúde Atual**

O F. para além do consumo de tabaco, canabinoides e álcool de forma esporádica é fisicamente saudável. Ao longo do seu acompanhamento na USMC, vários foram os diagnósticos efetuados, tendo como último diagnóstico psicose esquizofrénica tipo hebefrénico. De acordo com CID-10, a característica marcante neste tipo é o prejuízo do pensamento e o comprometimento afetivo. O pensamento mostra-se desorganizado com delírio pouco ou não estruturados com discurso fragmentado. Quanto ao afeto este encontra-se inadequado e superficial com risos imotivados e comportamento infantil e bizarro. Normalmente o início da Esquizofrenia dá-se precocemente e a evolução é pior quando comparado ao tipo paranoide pela instalação precoce e grave instalação de sintomas negativos.

## **2.3. Caracterização Familiar**

A família de F. que se apresenta é constituída por pai, mãe e dois irmãos, um tio e uma tia (esposa do irmão do pai de F). Trata-se de uma família que sofreu alterações na organização ao longo do tempo. Neste momento F vive com o pai, que trabalha na manutenção de uma unidade hoteleira e tem casa própria. Tem com este um relacionamento disfuncional (pai expulsa-o frequentemente de casa) e segundo dados fornecidos pela tia, não aceita a doença do filho nem compreende a situação do filho, não aceitando que este tome medicação. Segundo a tia de F o pai de F tem consumos de drogas. Tem também parte do ordenado mensal penhorado. Recebe ajuda na alimentação para este e para F através de uma instituição.

A mãe de F, em entrevista manifesta que se divorciou do pai de F mantendo com este uma relação de conflito permanente. F viveu com esta por períodos em de acordo com a sua estabilidade económica, regressando várias vezes para casa do pai

pelo facto da mãe se encontrar desempregada ou por não ter uma habitação que permitisse viver com os filhos. Por não ter perspectiva de emprego em Portugal, decide voltar para o país de origem, mostrando interesse em levar o F com ela, no entanto justifica o facto de não o levar pelo processo que este tem em tribunal (não pode sair do país). Manifesta que o pai de F não o aceita e que o trata mal e que também este tem problemas de saúde mental (não especifica).

Os irmãos de F (irmão mais novo e irmã) já estão no país de origem da mãe com a família da mãe. Segundo a mãe a irmã de F teve alguns problemas de adaptação e tem também problemas associados a consumos de drogas.

O tio de F é irmão do pai de F mostra interesse em ajudar F no entanto, assim como a tia de F (esposa) demonstram muitas dificuldades económicas, referindo que tiveram uma empresa, mas que as coisas correram mal e as dividas fizeram com que hoje não tenham nada em seu nome com o risco de ser penhorado. Este casal tem dois filhos que não vivem em Portugal e é a filha destes que os ajuda no pagamento das despesas. Este casal apresenta-se como o suporte do pai de F e de F apresentando-se a tia de F como a pessoa que se torna o elo de ligação da equipa com a família, uma vez que consegue ter relação próxima com a mãe, o pai de F, e com F. Fala com a mãe de F por telefone, refere que o pai de F tem também problemas do foro mental, mas que consegue comunicar com este. Diz que pelas dificuldades económicas não consegue ajudar mais o F.

## **2.4. Avaliação do Estado Mental**

**Aparência/Apresentação geral:** apresenta a idade real coincidente com a idade aparente. Cabisbaixo. Aspecto frágil.

**Atividade motora:** identificado

**Comportamento/Atitude:** contacto sintónico, mimica facial pouco expressiva, contacto ocular desviante.

**Atenção:** captável e fixável.

**Orientação:** apresenta-se orientado no espaço, na vertente autopsíquica e alopsíquica e temporal.

**Consciência:** apresenta-se vígil, orientado e colaborante.

**Memória:** Sem alterações aparentes.

**Discurso/Linguagem:** apresenta um discurso pobre mas sem alterações do débito ou da prosódia, sem alterações sintáticas ou semânticas. Apresenta uma linguagem verbal e não-verbal congruente com o seu discurso.

**Pensamento:** marcada pobreza do conteúdo do pensamento e apragmatismo.

**Sensoriopercepção:** aparentemente não apresenta alterações na sensoriopercepção.

**Inteligência:** aparentemente sem alterações.

**Humor/Afetividade:** apresenta embotamento afetivo quase como alexitimia.

**Insight e Juízo crítico:** Sem crítica relativamente à doença, aceita o tratamento, mas sem crítica para o mesmo.

## **2.5 Medicação**

A medicação atual de F é clozapina 300mg ao deitar e zuclopentixol decanoato 100mg de 4/4 semanas (injetável: intramuscular). Da medicação que tem prescrita, antipsicóticos, mantém má adesão à medicação oral (clozapina), manifestando que a maioria das vezes não toma, no entanto mantém-se a ir à USMC para que lhe seja administrada a medicação *depôt*.

## **2.6. Fatores intra/inter/extrapessoais**

### **2.6.1. Fatores Intrapessoais**

#### ***Variável Fisiológica***

F negligencia os cuidados básicos de higiene, assim como alimentação, vestuário adequado à época e até a sua própria segurança quando depois de conflitos com o pai sai de casa e passa dias fora de casa independentemente das condições climáticas agressivas ou do risco de ficar na rua.

#### ***Variável Psicosociocultural***

Mantem-se com um contacto sintónico com os profissionais da equipa. Sem ocupação. Quando fala em amigos, refere-se apenas aos que consomem canabinoides com ele, ou aos que conhece do Fórum (que frequentou).

### ***Variável de Desenvolvimento***

O F., segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erickson encontra-se no estágio no sexto estágio – intimidade/isolamento que ocorre entre os 21 e os 40 anos, aproximadamente (Adulto Jovem). A tarefa essencial deste estágio é o estabelecimento de relações íntimas (amorosas, e de amizade) duráveis com outras pessoas. A vertente negativa é o isolamento, pela parte dos que não conseguem estabelecer compromissos nem troca de afetos com intimidade.

### ***Variável Espiritual***

Não manifesta durante as entrevistas interesse pela vertente espiritual. Na família não são encontradas manifestação nesta área.

#### 2.6.2. Fatores Interpessoais

### ***Variável Sociocultural***

Neste momento a relação mais próxima é com o pai que é uma relação de perante conflito, no entanto manifesta vontade em continuar a viver com este. Tem também uma relação com o tio e com a tia que o leva às consultas. Relaciona-se com os “amigos que fumam”sic. Durante as entrevistas não manifesta qualquer interesse na relação com outros, o que diz e a forma como fala não traduz afetos relativamente às pessoas do seu envolvente.

#### 2.6.3. Fatores Extrapessoais

### ***Variável Sociocultural***

O F é acompanhado pela equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Mental Comunitária (psiquiatra, enfermagem e assistente social) que intervém em equipa, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades individuais e melhorar a sua

condição de saúde. Não manifesta ligação com nenhuma estrutura/ recurso da comunidade.

## 2.7. Identificação de *Stressores*

<b><i>Stressor</i></b>	<b>Fator</b>	<b>Variável</b>
Embotamento afetivo, alexitimia.	Intrapessoal	Fisiológica
Sintomas positivos da doença	Intrapessoal	Fisiológica
Sintomas negativos da doença	Intrapessoal	Fisiológica
Consumo de drogas e álcool	Intrapessoal	Fisiológica
Não adesão à terapêutica	Intrapessoal	Psicosociocultural
Afastamento da mãe e irmãos para o país de origem da mãe	Interpessoal	Psicosociocultural
Conflitos permanentes com o pai	Interpessoal	Psicosociocultural

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Problema	Intervenção	Avaliação da intervenção
Doença: Esquizofrenia Hebefrénica que se traduz neste doente por: Desorganização nas atividades de vida diárias Consumo de drogas e álcool Conflitos permanentes com o pai Abando/ expulsão frequente de casa: destruição de pertences do pai (carro), e objetos em casa. Abandono frequente da medicação PO Processo em tribunal por distúrbios e agressão Dificuldade em encontrar ocupação	Avaliação de F Entrevista com F Observação da consulta com o psiquiatra	Na primeira entrevista com F. este manifesta interesse em voltar a frequentar a unidade socio-ocupacional que frequentou no passado, a equipa encontra-se a organizar a forma de entrada nessa unidade. Análise à urina: positiva para canabinoides. Mantem-se a cumprir a vinda à equipa para administração de medicação Injectável.
Pai e tio recorrem à consulta por dificuldades em comunicar/ lidar com a pessoa	- Entrevista com tio e pai de F - Entrevista com F - Encontrar uma ocupação para F.	- Efetuados contactos para que reingresse à unidade socio-ocupacional (pela proximidade do trabalho do pai, disponibilizando-se este inicialmente, por o levar e trazer para casa) - Foi à entrevista à unidade socio-ocupacional.
Pai em permanente conflito com o F: Expulsa-o de casa, não lhe abre a porta; é agressivo verbalmente com este; fecha-lhe os armários dos alimentos; obriga-o a ir buscar a alimentação para os dois a um centro comunitário.	- Entrevista com o pai	Durante esta entrevista o pai manifesta que o vai ajudar a manter-se na unidade socio-ocupacional para que este se mantenha ocupado. Uma semana mais tarde, a tia refere que o pai não tem interesse em ajudar o F, que o expulsa frequentemente de casa e que está em permanente conflito com este. Feita tentativa de contactar o pai de F. várias vezes para nova entrevista, este não atende o telefone e assim a equipa perde o contacto com o pai.
Família com graves problemas funcionais, estruturais, económicos.	Avaliação familiar: Entrevista com pai e tio Entrevista com mãe e tia Entrevista com tia e tio	Percebida a dificuldade de comunicação entre o pai e mãe de F. Percebida a disfuncionalidade da relação de F. com o pai (com quem vive), manifestada por conflitos permanentes. Tio e tia de F. não mostram interesse em se envolver nesta situação.



Ida da mãe para o seu país de origem percebida como desencadeante de descompensação de F	Entrevista com a mãe de F	Mãe vai para o seu país de origem, por se manter em Portugal sem emprego e sem perspectivas de futuro. Demonstra interesse em levar F, referindo que não o levará agora uma vez que este tem um processo legal em tribunal e que o impossibilita de sair do país. Refere que assim que o processo esteja resolvido quer levar o F, onde já estão os irmãos de F.
Dificuldade de encontrar um familiar que possa ajudar o doente na sua organização diária	A tia começa a mostrar interesse na ajuda a F: vem as consultas com este, disponibiliza-se a atender o telefone quando contactada pela equipa, para encontrar estratégias que melhor podem ajudar F. e assim, a equipa mantém o contacto regular com esta por telefone para monitorização da situação.	Tia refere dificuldades económicas graves e que por isso não pode ajudar o F: necessita de ajuda da filha para pagamento das despesas mensais do casal. Manifesta alguns desentendimentos com o tio por estar a envolver-se na ajuda a F.
Dada a dificuldade da família (funcionais, económicas) que respostas sociais podem ser dadas a este doente	Articulação com A. Social de forma a conseguir garantir: Alimentação para F. Apoio económico na medicação (se necessário). Apoio económico nos transportes para que possa frequentar a unidade socio-ocupacional.	A A. Social consegue junto de um Centro Comunitário, garantir: Alimentação de F. Apoio económico na medicação Ainda não conseguiu garantir a ajuda para o pagamento dos transportes.
Risco de doente se tornar sem abrigo	Intervenção com A. Social que procura junto da CM as respostas possíveis na possibilidade de F. ficar sem-abrigo.	CM não apresenta respostas concretas.
Doente é expulso de casa e fica desaparecido 5 dias	Contactada telefonicamente a tia  Equipa procura nova solução: Integração num programa de apoio à pessoa doente e família no domicílio  Tia comparece no serviço	Tia mostra-se desacreditada do apoio da equipa, procurando responsabilizar a equipa pelo desaparecimento de F.  Agendada marcação de entrevista com F e família para integração neste programa de apoio domiciliário: a equipa aguarda resposta dos familiares. Entregue medicação injetável para que F possa fazer caso ingresse numa instituição e não possa ir à consulta.

<p>Internamento de F na Urgência do Hospital a aguardar resposta social</p>	<p>Articulação com A.Social da USMC e A. Social do Hospital de forma a perceber quais as respostas sociais possíveis neste caso.</p>	<p>O apoio social do Hospital onde se encontra internado na urgência, encontra duas instituições para onde o F. poderá ingressar: “B” (2 semanas) e depois de forma mais permanente numa quinta “G”.</p> <p>Tia comparece na consulta para falar com A. Social: explicado a situação. Tia e tio ficam de ir buscar o F. ao Hospital e levá-lo para a instituição.</p>
<p>Acolhimento em instituição B: Dificuldade de integração pela dificuldade em cumprir regras/ normas da instituição, dado ao historial do doente em se manter nas organizações que frequentou. Comportamento desorganizado.</p>	<p>Contactada telefonicamente a tia de F. para monitorização da situação atual</p> <p>Tia e tio de F. comparecem no serviço para falar com A. Social</p>	<p>Segundo a tia de F. o F. permanece na instituição B e que foi dada indicação para permanecer sem contactos de familiares/ amigos pelo menos durante um mês (faz hoje três semanas que ingressou na instituição).</p> <p>Segundo a tia de F. a instituição parece ter recursos económicos, uma vez que não lhe pediram dinheiro, nem aceitaram roupas para o F. disseram-lhe que tinham tudo que F. poderia necessitar.</p> <p>O tio telefonou para saber dele, disseram-lhe que estava bem e que estava a tomar a medicação á noite como prescrita. Que estava permanentemente ocupado uma vez que na instituição as pessoas fazem recolhas de móveis, sucata...</p> <p>A tia manifesta ter dúvidas se ele virá à consulta amanhã uma vez que na instituição procuram que não entrem no espaço que tinham no passado. Reforçada a necessidade de F. manter a terapêutica injetável e de reavaliações na consulta de enfermagem e psiquiatria.</p> <p>Manifesta que o pai de F desinteressou-se completamente de F. “foi como se ele tivesse morrido”sic, deixando de falar deste.</p> <p>Relativamente à mãe de F esta teve conhecimento que esta a viver no seu país de origem com o filho mais novo e que a filha está noutra cidade, tendo</p>

		<p>sido abandonada pela mãe e segundo a tia tem “um aspeto perdido”sic.</p> <p>A tia e tio manifestam não ter capacidades para se responsabilizarem por F, manifestando dificuldades económicas.</p>
--	--	--

## CONCLUSÃO

Ao longo deste tempo que acompanhei este doente e sua família tive oportunidade de observar e intervir em vários aspetos dos cuidados prestados a esta pessoa, através de várias entrevistas a este e à família, assim como a discussão deste caso pela equipa e de contactos telefónicos com a família para monitorização da situação. No final, apesar do doente aceitar a toma da medicação *depôt*, mantém-se com conflito permanente com o pai e sai de casa permanecendo dias na rua, tendo sido internado no Hospital onde fica até à resolução do seu problema social, tendo ingressado numa instituição. A pessoa da família que mantém articulação com a USMC é a tia, no entanto não mostra disponibilidade de ser cuidadora de F.

Segundo Betty Neuman (Neuman e Fawcett, 2011), o principal objetivo de enfermagem é assistir a pessoa de modo a conservar ou obter a estabilidade do sistema, ou seja, a enfermagem assiste a pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para tal são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stresse e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa. Assim, os doentes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica e sujeitas a fatores de stresse. As nossas intervenções visam a integridade da pessoa, e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stresse, procurando reduzir o seu efeito (Kérouac, 1994).

Relativamente ao mesmo pude observar um aspeto que me inquietou especialmente que foi aquilo que senti como o “total abandono de si mesmo” e de como a doença que tem o afeta de forma profunda em todos os níveis da sua vida e de como a família pode influenciar e ser influenciada em todo este processo.

Durante a realização deste estudo de caso foram várias as vezes em que senti angustia por um lado pelos efeitos da doença mental nesta pessoa e as consequências da mesma sobre a sua vida e por outro lado a vivência com o abandono completo da família. Esta situação por mim vivida fez-me tomar consciência das minhas crenças, valores de forma a não entrarem em conflito

com a resolução dos problemas que se foram apresentando. Tudo isto se traduziu numa forma de tomar consciência de mim na relação com o doente e sua família de forma a que não tivesse influência na relação terapêutica.

Outro aspeto interessante foi estudar a família, apercebendo-me da unicidade de cada família, com uma estrutura e uma forma de funcionamento próprio e, neste caso, como a família pode também contribuir para a destruturação de uma pessoa doente cuja a doença por si já contribui para a sua destruturação como indivíduo.

Este estudo de caso revela por outro lado a necessidade da existência de estruturas na comunidade que deem resposta a este tipo de situações, como a existência de habitações protegidas. No entanto F abandonou as instituições onde permaneceu ao longo da sua vida, o que me mostra que talvez pelo seu processo de doença, as respostas dadas pelas instituições não vão de encontro as suas reais necessidades.

Foi um caso para mim muito interessante de estudar, uma vez que aqui senti que me coloquei dentro da equipa com a qual trabalhei para dar a melhor resposta às necessidades levantadas ou percebidas pela mesma a este doente e a esta família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA

Deglin, J.; Vallerand, A. (2009) *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. (10ªed) Loures: Lusociência

Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5<sup>th</sup> edition. Boston: Pearson. ISBN: 978-0-13-514277-6

OMS (2001). *CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (10ª edição). V. 3: Índice alfabético. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. ISBN 85-314-0385-5.

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*, Lusodidacta

Rabello, E.; Passos, J. *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Disponível em <http://www.josesilveira.com> . Acedido a 6/11/2014

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica*. (3ª Ed.). Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento. ISBN:972-36-0413-2

Trzepacz, P.; Baker, R (2001) *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi editores. ISBN: 972-8449-77-1

## **Apêndice 6**

Visita a uma Unidade Sócio-  
ocupacional e a um Fórum Sócio-ocupacional

Durante o meu estágio na Unidade de Saúde Mental Comunitária (USMC) tive oportunidade de visitar duas instituições que trabalham em articulação com a USMC e que dão apoio e continuidade de cuidados à pessoa com DMG. Ambas as instituições têm como objetivo o desenvolvimento de competências da pessoa, de acordo com o seu estado de doença e com o seu projeto de vida.

A Unidade Sócio-ocupacional é uma instituição que se situa inserida na comunidade, no rés-do-chão de um prédio, tem uma sala ampla dividida em três espaços: uma quitçhene, um espaço com mesa e cadeiras e com estantes com livros e com aparelho de som. E outro espaço com mesa e cadeiras em volta (maior). Estavam presentes 6 utentes, alguns dos quais já conhecia pela sua presença na USMC.

O início da sessão foi com o aquecimento onde um dos utentes deu indicação de alguns exercícios físicos e os outros foram seguindo as indicações. Aqui é um espaço livre, onde os doentes se organizam para a realização da atividade.

Depois fomos para um espaço em volta de uma mesa, ao som de rádio, onde após me apresentar, os utentes foram estimulados a falar sobre temas livres que os preocupam, onde falaram da importância de frequentar esta instituição, manifestando uns que se sentem mais calmos, e que conseguem pensar melhor numa situação de stresse. Uma das utentes fala sobre a sua dificuldade em controlar o peso, explorados os seus hábitos alimentares, procurou-se que corrigisse alguns erros na sua alimentação habitual. Falou-se também no voltar ao mundo do trabalho, onde os utentes reconheceram a dificuldade e, como o nível de exigência é grande, eles têm que estar mais bem preparados e que a instituição é de uma grande ajuda nesta preparação. Uma utente manifestou que o sonho dela era trabalhar na cozinha de um restaurante ou a limpar casas de banho num centro comercial. Outra utente reforçou a ideia de que deve manter os seus sonhos. A terapeuta sugere que, se pretende trabalhar num restaurante, uma das formas de começar seria fazer algumas refeições em casa. Falou-se também na importância desta instituição na diminuição do isolamento, um dos utentes disse que antes de frequentar estava muito isolado e que agora tem pessoas com as quais se relaciona. Neste espaço



procura-se que os doentes falem livremente sobre o que são para cada um os problemas e sejam exploradas possíveis soluções entre todos e com encaminhamento do técnico de saúde.

Depois desta fase, os utentes saíram para ir comprar pão para um pequeno lanche (foram todos os doentes), desta forma foram estimulados para o desenvolvimento de capacidades relacionais e sociais, assim como a gestão do dinheiro que lhes foi entregue para comprar o pão. Depois de chegarem com o pão e com a colaboração de todos, preparamos a mesa e juntamo-nos para tomar um chá e comemos sandes feitas com o pão que compraram. Foi um momento de descontração, onde senti por parte dos utentes e dos profissionais o cuidado em me receber enquanto convidada. Senti-me muito bem recebida por parte de todos.

Após esta fase, e depois de todos termos arrumado a mesa, passamos a uma última fase que deu continuidade à última sessão do programa “Gosto de mim”, onde neste momento estão a ser trabalhados os cuidados de higiene. Hoje a sessão centralizou-se na pele, nas características, nos problemas que podem aparecer e na importância de cuidar deste órgão, tão importante como os outros e que necessita de ser cuidado. Alguns utentes participaram espontaneamente, outros quando estimulados, foram dando exemplos que reforçaram a necessidade dos cuidados com a pele. Com esta atividade procurou-se o desenvolvimento de competências pessoais, relacionadas com os cuidados de higiene, que nestes doentes, dada a desorganização causada pela doença, muitas vezes existem *deficits*.

No final senti que esta estrutura, completamente fora do que são os serviços de saúde, tem um espaço acolhedor, onde podem ser apoiadas pessoas que a doença “roubou” a capacidade de organização, a auto-estima, a capacidade de resolução de problemas mais básicos e com a necessidade de reaprender as tarefas mais básicas como os cuidados de higiene de forma correta.

Visitei também um Fórum Sócio-ocupacional. Nesta instituição as atividades realizadas pelos doentes de 2ª a 6ª feira, das 9:00 às 16:45. Dentro das atividades estão a participação na horta biológica, relaxamento e

expressividade, clube da música; psicomotricidade; aulas de português (3 níveis); aulas de Inglês (2 níveis); treino cognitivo; expressão artística e cerâmica (quinzenalmente), “ser Saudável”; “saúde e Bem-estar”; grupo de ajuda mutua; utilização livre da sala de informática; psicoestimulação e desenvolvimento pessoal (para alguns doentes) que funciona em simultâneo com aulas de vela (para outros doentes). Tempos livres e lazer que funciona em simultâneo com aulas de história da humanidade. Treino de atividades de vida diária.

As atividades são dinamizadas por psicólogos e professores de português, inglês, educação física. Aqui os doentes escolhem as atividades que pretendem frequentar, de acordo com o seu projeto pessoal e com o acompanhamento pelo técnico de saúde, que avalia as necessidades do doente.

Comecei por assistir a um grupo de ajuda mutua, dinamizado por um doente denominado “Vive quem pensa”. Trata-se de um grupo aberto aos doentes que queiram participar e tem como objetivo a partilha de ideias que partem de uma frase de autores. Neste grupo participam apenas pessoas doentes. Foi-me dada a possibilidade de participar no grupo. No grupo, um dos doentes apresenta a frase de autor ao grupo e cada um reflete sobre o significado que essa frase tem para si. A interação do grupo é feita pela discussão sobre as diferentes frases e sobre o significado destas para cada um. Como é um espaço sem a presença de técnicos, permite aos doentes a organização enquanto grupo e o respeito pelos demais e estimula a reflexão entre pares.

Depois assisti a uma sessão de treino de competências sociais, dinamizado por psicólogo. Nesta atividade, os doentes dividiram-se em dois grupos: Família Alegre e Família Feliz. Depois de divididos os objetivos da atividade foram definidos: cada grupo teria que executar a construção mais alta que conseguisse, tendo os grupos acesso aos mesmos materiais (palhinhas, fita-cola, molas, clips, pauzinhos de madeira, esponjas de esferovite) num tempo definido. Nesta atividade fiquei na qualidade de observadora. Aqui o objetivo seria ver como era a interação entre os elementos do grupo (a comunicação, a liderança, a forma como cada um interage com o grupo, como se sente no grupo). Depois de realizada a construção e finalizado o tempo para a realização

da mesma, houve uma construção que ficou mais alta que a outra. Depois decorreu a fase do debate de forma a perceber quem liderou a forma como comunicaram em grupo e como cada um se sentiu no grupo.

Achei uma atividade muito interessante pela simplicidade e que traduziu riqueza em termos de avaliação da dinâmica de cada um em grupo e por outro lado a importância de saber ganhar e saber perder e sobretudo procurar explorar a causa do que levou a equipa a perder e perceber como decorreu a interação do grupo.

Depois desta atividade a equipa do Fórum juntou-se a outras equipas para almoçar. O almoço decorreu num restaurante de ação social que é um estabelecimento aberto ao público em geral, de forma a criar receitas que permitam a doação de refeições. Foi um momento de descontração e interação entre as pessoas pertencentes aos diferentes Fóruns. Depois do almoço segui a pé em conjunto com alguns utentes dos vários fóruns até ao Pavilhão Gimnodesportivo onde iriam ter uma aula de educação física. Esperamos que todos chegassem e depois de equipados, os que quiseram participar tiveram uma aula e os outros ficaram a observar. Foi muito interessante a aula tanto sobre o empenhamento em ter que pertencer a uma equipa e lutar pelos objetivos da equipa e depois o treino de uma coreografia em dois grupos em que a avaliação era feita pelo público assistente e por fim a realização de uma coreografia já trabalhada em aulas anteriores por todo o grupo. Pareceu-me uma atividade de extrema importância pela atividade física que para estes doentes é fundamental, percebi que no final todos estavam bastante cansados, mas também relaxados e descontraídos, e pela interação destes com o grupo. Foi um dia muito interessante pelo facto de ter assistido a algumas atividades deste tipo de instituição e o investimento no treino de habilidades cognitivas, relacionais e sociais que a doença mental “rouba”.

Foi importante a visita a estas duas instituições que, inseridas na comunidade, constituem-se como uma forma de dar continuidade de cuidados à pessoa com doença mental, sobretudo no desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e sociais procurando ir de encontro às necessidades de cada pessoa doente, respeitando o progresso de cada pessoa de forma

individual, procurando que cada um formule ou dê continuidade a um projeto de vida ao mesmo tempo que adquira ou desenvolva hábitos de vida saudáveis de forma a proteger a sua saúde física e mental. Por outro lado, estas instituições possibilitam á pessoa doente ter uma ocupação, estimulando a criação de rotinas, e que é fundamental no desenvolvimento pessoal. São duas instituições que estão também em permanente articulação com a USMC permitindo um acompanhamento mais efetivo à pessoa doente e família.

## **Apêndice 7**

Elementos de Comparação entre os dois grupos: Grupo de Suporte Familiar e  
Grupo Psicoeducativo para Familiares de Pessoa com DMG

## Elementos de Comparação entre os dois grupos: Grupo de Suporte Familiar e Grupo Psicoeducativo para Familiares de Pessoa com DMG

### 1. Constituição dos Grupos

	<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<b>Forma de seleção das pessoas para o grupo</b>	Escolhidas sem critérios definidos pelos técnicos que integram o projeto. Após a transmissão dos objetivos do grupo e do consentimento dos familiares, estes preenchem um questionário.	Escolhidas pela equipe, sendo submetidas a entrevista onde é feito um questionário e é avaliado o interesse na participação no grupo.
<b>Estrutura</b>	Familiares sem a pessoa doente	Familiares sem a pessoa doente
<b>Contexto</b>	Sala do serviço de internamento: sala ampla, com cadeirões em círculo e com boa entrada de luz natural. No final da sessão existe um momento de descontração onde é servido chá com biscoitos.	Sala da USMC: sala forrada a madeira que torna o ambiente acolhedor e com cadeiras dispostas em círculo. Com janela ampla que permite que tenha boa entrada de luz natural.
<b>Formato</b>	Grupo aberto	Grupo fechado
<b>Duração do grupo</b>	Sem limite de sessões	12 sessões
<b>Periodicidade/Dia da semana/ Hora</b>	Quinzenal; Quarta-feira; 13:30-15:30 (2horas)	Quinzenal; Quinta-feira; 15:00-16:30 (90min.)
<b>Objetivo do grupo</b>	Tem como objetivos gerais: construir práticas em parceria com os familiares, que promovam a qualidade da continuidade de cuidados e identificar as dificuldades, dúvidas e estratégias dos familiares, em cuidar da pessoa com doença mental. Como objetivos específicos: proporcionar um espaço de partilha de experiências inter familiar, criar um espaço de contenção para as famílias, oferecer às famílias um espaço no qual se possam trabalhar as dificuldades, promover vínculos de confiança e comunicação entre famílias, facilitar o colocar-se no lugar do outro, aumentar a competência das famílias para cuidar do seu familiar e envolver a família no processo de cuidados reforçando as suas competências no cuidar.	Tem como objetivos a transmissão de conhecimentos sobre a doença e o tratamento, desenvolver estratégias para melhor lidar com a doença, melhorar a comunicação dentro da família, aprender a resolver problemas do dia-a-dia, aprender a desenvolver estratégias de promoção da saúde de quem cuida da pessoa com DMG, conhecer as respostas dos Serviços de Saúde Mental e a partilha de experiências entre os familiares.

## 2. Caracterização dos familiares nos grupos

### a. Caracterização dos elementos

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
No ano de 2014, participaram 14 familiares. Na caracterização da amostra por género e grupo etário salienta-se uma predominância da população feminina (79%), verificando-se uma maior incidência do grupo etário dos 50 aos 60 anos (50%). Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa, maioritariamente são mães que frequentam o grupo (71%). A classe social predominante destes familiares situa-se nos “profissionais técnicos e de Enquadramento” (57%).(RAA – Grupo de Famílias, 2014)	Os 12 familiares seleccionados para as sessões têm entre 39 e 78 anos, tendo a maioria (8 pessoas) 65 anos ou mais. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa, a maioria são mães (6), pais (4), irmã (1) e avó (1). Como profissão actual a maioria está reformada (7), desempregada (2).

### b. Capacidade de presença no grupo

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
O facto de o grupo ser aberto fazia com que existisse alguma discrepância relativamente ao número de presenças nas sessões, existindo sessões apenas com 3 pessoas e outras com 8. O dia que é realizado e a hora pode também ter sido uma condicionante para a ausência dos familiares (indisponibilidade pelo trabalho).	Após as entrevistas, foram seleccionados para o grupo 12 pessoas, deste grupo 5 pessoas ou nunca faltaram ou faltaram apenas uma ou duas vezes no total das 12 sessões. Como é um grupo fechado e com número limitado de sessões torna-se mais fácil avaliar a existência de 4 <i>dropouts</i> e alguns familiares também faltaram a algumas sessões por ser num horário nem sempre compatível com o seu horário de trabalho.

### c. A doença do familiar, período em que o familiar adoeceu

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
Neste grupo as famílias são familiares (pai, mãe, irmão) de doentes com psicose e um com doença bipolar, tendo a doença aparecido na adolescência/ início da idade adulta.	Neste grupo as famílias são familiares (pai, mãe, irmã, avó) de doentes com diagnóstico de psicose, tendo a doença aparecido na adolescência/ início da idade adulta.

### 3. Problemáticas/ Dificuldades apresentadas pelos familiares:

- a. Dificuldade na compreensão da doença e da sua evolução assim como dos efeitos da medicação

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>-Atribuição do comportamento do filho à personalidade/doença/genética culpabilizando o pai e a si mesma: <i>“ele não é uma pessoa compreensiva...ele não é uma pessoa acessível...que aceite qualquer coisa...nada...ele tem uma maneira de estar...uma maneira de ser...que também não é normal penso eu...ou é da doença...ou é do álcool...ou é dele já característico...porque também é a tal coisa da genética...o pai dele também tem problemas...(...) as vezes digo que é do pai...se calhar...aqueles defeitos que ele tem não é do pai...são meus...mas as minhas características não se desenvolveram”sic.</i></p> <p>-Atribui a separação do marido como factor desencadeante da doença: <i>“agente vai ver os contornos de trás, talvez tenha ele...talvez tenha sentido a falta do pai...sei lá...a gente esta sempre a procurar os quês os porquês...”sic. Parece dar importância à ausência do pai no seu crescimento como um factor importante para a sua destabilização: “separei-me do meu ex-marido tinha o meu filho 1 ano, não é, não é por nada, mas ele so viu o pai depois aos 4 anos... e deve ter marcado nessa altura porque ele de vez em quando perguntava pelo pai”sic.</i></p> <p>-Reconhecimento de que não se está preparado para a doença: <i>“não estamos preparados para agir com estas doenças...ninguém está”sic.</i></p>	<p>Neste grupo foram levantados alguns problemas como a obesidade e o prazer sexual relacionado com a toma da medicação. Um dos pais coloca uma questão relativamente à sua filha que a Clozapina controlou as alucinações no entanto ela não consegue controlar o excesso de peso, mostrando preocupação com os efeitos secundários da medicação.</p> <p>Procura-se esclarecimento sobre os vários medicamentos que o filho tinha tomado. Manifesta que o seu filho toma medicação há 12 anos, questiona se os medicamentos podem causar habituação. Um familiar manifesta dúvidas relativamente à tolerância ao medicamento.</p>

- b. Gestão da medicação e tratamento por parte da pessoa doente

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Revolta com o incumprimento do filho na medicação: <i>“como se faz?...não lhe posso meter os medicamentos na boca...”sic.</i></p> <p>Atribui a recaída com o abandono da medicação: também no passado o abandono da medicação aconteceu e só com a administração da medicação injetável é que ficou uma pessoa “normal”sic.</p>	<p>A situação do seu filho que tomou Prozac (fluoxetina) e que ficou desinibido e a mãe disse-lhe para deixar de tomar e ele deixou, deixou de tomar o antipsicótico e teve uma recaída.</p> <p>Um familiar manifesta que de acordo com a sua experiência, parar a medicação é muito grave, testemunhando que quando o filho abandona a medicação tem mais sintomas e sintomas mais graves.</p>



Durante o internamento do filho, estava lá internada uma pessoa que lhe transmitiu a ideia de que <i>“na medicina chinesa não é necessário tomar drogas”</i> sic. E este manifesta receio de que, com isto o filho volte a deixar de tomar a medicação.	Foi notável o reconhecimento da importância desta (medicação) no controlo dos sintomas e de como é sentido facilmente por parte dos familiares os efeitos do abandono e da toma irregular da medicação nas pessoas doentes.
---	---

c. Dificuldade na compreensão e gestão de comportamentos desajustados do familiar doente

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>Dificuldade na gestão do dinheiro: <i>“mas ele é assim...tem vinte, vai gasta-los...porque ele diz que aqueles vinte não resolvem a vida dele e então vai gastá-los, mas se tiver trinta é a mesma coisa...e o sistema dele é sempre assim...sic.</i></p> <p>Preocupação pelo filho não cumprir microtarefas: mostra inquietação pelo facto do filho em casa não fazer nada e manifesta que não sabe atuar, não sabe como fazer para que o filho aceite o que o pai lhe diz. Mostra como preocupações <i>“como come...como dorme...a forma como se veste...”</i>. E que não sabe como fazer para que o filho tenha hábitos de alimentação, de sono regulares: <i>“comer a horas...dormir a horas...tomar os medicamentos a horas... para que os medicamentos sejam tomados a horas, que é o fator principal...”</i> uma vez que para este pai o que leva o filho a não tomar os medicamentos é o facto de não ter rotinas: <i>“em vez de se levantar às 8h ou 10h, levanta-se às 13h, não tem vontade de comer...come mal...”sic.</i></p> <p>Não cumprimento das rotinas: <i>“chega a estar um mês seguido com a mesma roupa”sic.</i></p> <p>Preocupação pelo filho não ter um projeto de vida: O pai refere que não sabe dizendo que neste momento o filho não tem visão de futuro.</p> <p>Diferentes comportamentos em casa e no trabalho: <i>“em casa é agressivo, mas no trabalho é caladinho”sic.</i></p> <p>Preocupação pelo filho não cuidar de si mesmo: O pai mostra sentir-se preocupado pelo facto do filho não cuidar minimamente de si e não ter o mínimo de auto-estima.</p>	<p>Manifesta tristeza e angustia pela falta de afetividade da pessoa doente <i>“não consegue dar-me a mão”sic</i></p> <p>Manifesta que o seu filho gosta de estar isolado.</p> <p>Manifesta dificuldade em compreender a necessidade do filho comer durante a noite.</p> <p>Manifesta dificuldade em compreender que o filho durma muito durante o dia, fume muito em casa e não participe nas tarefas domésticas.</p>

d. Dificuldades de comunicação com o familiar doente

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Frustração pela dificuldade em comunicar com o filho: <i>“eu não consigo ter conversas com o meu filho...alias o meu filho só fala comigo cinco minutos comigo se estiver alcoolizado...se não estiver alcoolizado não fala...e quando está alcoolizado eu não falo com ele porque não me interessa falar com ele porque ele diz baboseiras e uma pessoa não...ouvir as baboseiras”</i>; refere que o confronta: <i>“então tu fizestes isto, fizeste aquilo...”</i> ele ataca logo e responde com o ataque; <i>“eu não consigo ter cinco minutos de conversa com o meu filho...”</i>.</p> <p>Dificuldade em acreditar no filho: O pai mostra dificuldade em acreditar no que o filho lhe diz uma vez que este já lhe mentiu muitas vezes.</p> <p>Reconhecimento de um discurso pouco assertivo com o filho: <i>“ou tu te calas ou a possibilidade que tens é voltar a ser internado” sic</i>.</p> <p>Recorda que quando se irritava falava mais alto, reconhece hoje que não sabia comunicar: <i>“eu gritava, ele não me ouvia, claro” sic</i> e reconhece que também é importante definir os limites: <i>“porque nós, pais, também temos limites, nós não conseguimos ir até onde eles querem ir, porque onde eles querem ir é interminável” sic</i>.</p>	<p>Demonstra uma preocupação relativamente ao facto de dar conselhos ao filho e recrimina-se por o ter feito uma vez que para este esse comportamento fez com que o filho se afastasse mais dele.</p> <p>Usam muitas vezes as palavras de ordem <i>“tens que” sic</i> e que nem sempre resulta.</p> <p>Manifesta culpa quando o filho lhe pede opinião sobre como se apresenta e esta lhe diz: <i>“estou farta, cansada porque estás sempre a perguntar” sic</i>, manifestando mais uma vez culpa por lhe <i>“saltar a tampa” sic</i>.</p> <p><i>“se ele se atira a mim, nem me quero lembrar...bombardea-lo não” sic</i></p>

e. Medo: que a pessoa doente atente contra si própria ou contra o familiar com quem vive, medo da crise

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>- Medo/ desespero em viver com o filho: <i>“eu também já tenho medo de viver com ele...viver com ele quando ele tem álcool...nos dias em que bebe álcool...eu não sei o que é que vai acontecer...” sic</i>.</p> <p>- Agressão física: <i>“eu pus o meu filho à porta porque o meu filho deu-me uma tarefa...” sic</i>; <i>“...às vezes até nem havia qualquer coisinha...mas era da cabeça dele...que despoletava situações e pensamentos de agressividade...e quando ele pegou na grelha do fogão e partiu-me a porta...se ele me dá com aquilo na cabeça...de certeza que não estava aqui, não...e outras coisas que ele fez assim...desse género...a situação foi para além do limite...”</i>; <i>“e eu</i></p>	<p>Neste grupo, a maioria mostra medo da possibilidade da recaída e da crise.</p> <p>Um familiar mostra medo da agressão física: Agressão: <i>“já agrediu a mãe, partia a casa” sic</i></p>

*ali...indefesa...para aquilo que pudesse acontecer...”, “eu não podia fazer nada...ele é que punha e dispunha de tudo e de todos” e “era muito violento...muito...muito violento”, “quando ele bateu desalmadamente na irmã” sic.*

Mostra que vive apavorada pelo filho poder atentar contra si: *“o meu filho sai de casa à noite...eu tenho medo...eu estou a viver com ele porque a minha mãe esta a viver comigo...se eu estivesse a viver sozinha...eu não vivia com o meu filho...está a ver?...porque o meu filho chega a casa e eu não sei o que é que ele vai fazer...está a ver?...”sic.*

Mostra angústia/ medo pelo facto do filho agredir e ser agredido: contando que várias são as vezes em que aparece em casa esmurrado, a sangrar do nariz e acha que é porque ele com o álcool fica implicativo e agridem-no.

Medo do filho atentar contra si próprio: *“e fazia 10 a 12 km a pé até ao mar, o que faco? prendo-o, agarro-o, telefono para quem? O que é que tenho que fazer?” “ele quando lá chegasse podia fazer o que quisesse” “e eu mandava outras pessoas para lá ir...para não me conhecer...mas era um inferno...ele chega lá às arribas e o que é que faz?...nunca sei...ainda mais nesses casos” sic.;*

Sentiu angústia e mesmo aterrorizada por ver o filho tentar saltar da janela. Refere que o H. tem maior predisposição para fazer mal a si mesmo.

Medo pela insegurança sentida ao entrar em casa depois da falta de resposta da polícia: o filho estava há três dias sozinho em casa porque ela não sentia segurança para entrar lá, e a polícia foi lá, falou com ele e não fez mais nada.

Medo por se manter continuamente agredida pelo filho só aliviado apos o internamento do mesmo: *“andei meses escravizada porque ele me obrigava a ir ao multibanco levantar dinheiro”, maltratava-me”. Com agressão verbal referindo que foi “pavoroso, horrível”, só conseguindo alguma tranquilidade apos o internamento do filho.*

Medo por contribuir para aumentar os conflitos e com isto que o filho atente contra si próprio: O pai mostra receio de aumentar os conflitos que tem com o filho (sobretudo pelo receia de que este possa atentar contra a sua vida), mostrando que ele manifesta expressões que não gosta de ouvir: *“o pai já não gosta de mim” sic, ou “o pai já não me quer” sic;* O pai de R mostra a angústia a tristeza por estar constantemente a ser agredido verbalmente pelo filho e não responde a nada.

f. Culpa: pela doença pela recaída e pela crise

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Culpa o ex-marido pelo filho continuar a beber: <i>“não...o pai desapareceu...eu fui buscar o pai tinha ele 20 e tal anos...paguei ao meu ex-marido quinhentos e tal euros por mês durante uma não para o meu filho não beber...e ele durante aquele ano deixou de beber...”</i>sic. (mostra dificuldade de relacionamento com o pai do filho). Manifesta que este também tem problemas e que não seria uma ajuda para o seu filho, refere que o filho chega a procurar contactar o pai e que este não lhe liga, culpabilizando o pai pela revolta que acha que o filho tem e que o leva a beber.</p> <p>Culpa pela superprotecção da mãe no passado: atribui de imediato à mãe o controlo e superprotecção do filho: <i>“era o menino da mãe”</i>sic e <i>“foi crescendo sempre como o menino da mãe”</i> <i>“ele sempre foi muito protegido...pela mãe”</i>sic.; ele já era assim, desde criança, <i>“a mãe é que tratava dele”</i>sic. referindo que nunca se preocupou com a comida, a roupa que vestia: <i>“não ia a uma loja, era a mãe que trazia para casa e ele escolhia”</i>sic.</p> <p>Associa os comportamentos disruptivos do filho ao divórcio dos pais: havia comportamentos que a deixavam com dúvidas e os comportamentos de oposição eram vistos pela mãe como fruto do divórcio com o pai (associação do comportamento desadequado do filho ao divórcio) e o facto do <i>“pai estar sempre contra mim”</i>sic. e ele sentir isso. Ainda hoje a mãe considera que a situação do divórcio influenciou sobretudo a personalidade: <i>“eu acho que ele tem uma dupla personalidade”</i>.</p> <p>Culpa pelo desajuste alimentar do filho por ser o pai a comprar a comida: O pai de R manifesta culpa pelos exageros alimentares do filho pelo facto de ser ele a comprar os bens alimentares para casa.</p>	<p>Ainda hoje é culpabilizada pelas irmãs e isso é que fez com que o filho ficasse doente: a separação do marido e o abandono do filho no país de origem.</p> <p>Outra mãe culpabiliza-se pela doença do filho:</p> <p>- <i>“será que fui eu que dei cabo da cabeça do rapaz?”</i>sic</p>

g. Estigma (isolamento social, da restante família e amigos) e auto-estigma

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Isolamento: antes gostava de ir às compras e agora não gosta de ir nem ao supermercado, sempre gostou de estar com o marido no café a ler o jornal e agora não sente bem fazê-lo, não suporta estar com muita gente, muita confusão; mostra depois mágoa quando refere: <i>“eu tive sempre nisto sozinha, porque o pai sempre achou que ele não tinha problemas”</i>.</p> <p>É uma doença que se esconde: RO tem um primo que descobriram agora que tem a mesma doença, manifestando que <i>“é uma doença que se esconde”</i>.</p> <p>Solidão/ isolamento pela não compreensão por parte dos outros: <i>“depois lá fora ninguém nos ouve...ninguém nos escuta...nem vale a pena falar muitas vezes...as pessoas não sabem...não entendem...”</i>.</p> <p>Estigma: Refere que não se fala sobre a doença, utilizando-se muitos termos técnicos, mas o essencial não é falado, é escondido e a ideia que as pessoas têm é que por detrás da pessoa que fez mal está <i>“um monstro”</i>. Pelo que fez, não olhando à fragilidade e ao sofrimento desta pessoa; A mãe de H. fala sobre o estigma da doença mental porque quando existe um agressor ou um assassino este está sempre associado à doença mental, quando da realidade não é isso que acontece.</p> <p>Auto-estigma: <i>“já que a família esconde, os amigos não sabem...os próprios doentes também se fecham porque não são compreendidos”</i>.</p> <p>Estigma associado à medicação ser encarada como uma droga: referindo ainda a importância das outras pessoas quando fazem comentários <i>“tomar drogas”</i> sic.</p> <p>Dificuldade de compreensão na escola do problema do seu filho: Mostra-se indignada pela atitude da diretora da escola quando esta lhe disse: <i>“arranje um emprego para o seu filho”</i>, mostra-se indignada e revoltada quando lhe respondeu <i>“pois, se o emprego resolve-se o problema do meu filho, eu era a mulher mais feliz do mundo”</i>, mostrando a incompreensão por parte da escola face ao problema do seu filho.</p>	<p>Neste grupo, há apenas a manifestação de auto-estigma por parte de um pai ao referir <i>“agora o médico disse-lhe que era psicose e não esquizofrenia”</i> mostrando alívio por considerar ser menos pesado que <i>“esquizofrenia”</i>.</p>

h. Desacreditação nas estruturas existentes no apoio efetivo aos familiares (serviços de saúde, forças de segurança)

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Culpa a sociedade pela atribuição de subsídios em vez de emprego: referindo que era importante em vez de subsídios, lhes dessem emprego, oportunidades de trabalho.</p> <p>Desacreditada do apoio médico manifestando que as suas queixas não são ouvidas: <i>“Eu cada vez mais estou mentalizada de que não há ajuda possível...se uma pessoa não...é deixar andar as coisas até as coisas acontecerem...é assim”</i>, queixando-se de não ser valorizada nas queixas que faz à médica do seu filho.</p> <p><i>“características...temperamentais...comportamentais...poderiam ser alteradas se houvesse um programa de psicologia...de tratamento terapêutico em que os obrigasse a vir e dissesse assim, a nível governamental este individuo precisa de ir...que ele venha ou não venha...quer queira ou não queira...mas não há porque eles são maiores...”</i>.</p> <p>Atribui culpa ao sistema que está a falhar: para esta a única solução era que este fosse internado: <i>“se não for por uma lei que diga assim...este individuo tem que ser internado...”</i> e mostra mais uma vez estar desacreditada do sistema médico por não decidir interna-lo.</p> <p>Desagrado/ descrença pela não articulação psiquiatria/ alcoologia: <i>“a psiquiatria também tem que saber definir se o problema dele começa a ser o álcool ou a doença psiquiátrica”</i>, manifestando desagrado pela não articulação entre a psiquiatria e a alcoologia.</p> <p>O sistema não responde às suas necessidades enquanto familiar: <i>“eu pus o meu filho à porta porque o meu filho deu-me uma tarefa...”</i> e refere ainda sentir maior revolta pelo facto do seu filho não ter sido internado nesse momento e pela segurança da sua própria vida não permitiu que o seu filho entrasse em casa.; refere que já nessa altura procurava transmitir as suas dificuldades ao médico, mas <i>“como o M é que era doente...eu não era ouvida”</i>.</p> <p>O sistema não responde às necessidades do filho enquanto doente: <i>“o meu filho já atropelou uma pessoa...já matou uma pessoa de carro...alcooolizado... e sabe o que é que eles fizeram?...fizeram-no ir de mês a mês ou de três em três meses á consulta de alcoologia...tem estado a dar algum resultado? Não tem...”</i>.; A mãe de H. refere que devia ser a médica a avaliar a situação, mostrando-se desacreditada dos médicos e de não se sentir apoiada por parte das instituições; refere ainda que há uns dias passou a noite toda com gemidos de dor e que até uma vizinha se apercebeu e comentou com esta e que deu um pontapé na porta de entrada. A mãe de H diz que no dia seguinte foi à polícia, reportou a situação e que estes não fizeram nada: <i>“eu não me sinto nenhuma infeliz nem nenhuma desgraçada...eu sinto-me... impotente...”</i>.</p>	<p>Neste grupo não há manifestação sobre a falta de apoio das estruturas.</p>

<p>associando ao facto das estruturas de apoio não funcionarem como gostaria.; O pai de R mostra-se relutante em procurar ajuda, justificando que o filho teve essa ajuda e não foi ajudado. Descrença no acompanhamento médico: refere que em setembro, apesar de acompanhado por psiquiatra e psicólogo teve uma crise.</p> <p>Falta de resposta das forças policiais: <i>“como é que eu chamava os bombeiros e a polícia, o M. tão depressa estava em casa como não estava, e depois como é que eu fazia? Chegavam lá e depois não o levavam...e depois o que era de mim...isto não é fácil”</i>.</p> <p>Dificuldade em conseguir o internamento do filho: manifestando a dificuldade que teve com o seu internamento (burocracias), demonstrando alguma revolta sobre como se processa o processo de internamento, manifestando que teve mais ou menos 2 meses e meio à espera de uma resposta para o internamento: <i>“numa pessoa que está completamente descontrolada...é muito...e na vida de quem está com ele no dia-a-dia é muito também...não é?”</i>.</p> <p>Desacreditada do sistema judicial: referindo que não aciona a polícia porque a polícia chega lá, conversa com ele e não o leva, referindo que a polícia só o leva com um mandato da delegada de saúde ou se estiver a ser violento para ele ou para outros. Demonstra-se desacreditada e desgastada pela burocracia do sistema face à necessidade de internamento.</p>	
--	--

i. Preocupação com o futuro do familiar doente

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>Medo do futuro quando já não estiverem presentes: <i>“se me acontece qualquer coisa...ele de um momento para outro estoura tudo...quer dizer...não há perspectivas...nesse aspeto não há perspectivas de ele mudar...o dinheiro que tem gasta logo...tem sido sempre assim...”</i>; A mãe de H, refere que é realista quanto à situação do seu filho e por isso procura assegurar o seu futuro uma vez que ele não tem irmãos, voltando a mostrar preocupação pelo que será do seu filho quando ela não estiver presente; <i>“pela ordem natural das coisas ele deve cá ficar e nós vamos”</i>; mostrando preocupação de <i>“quando não estivermos cá”</i> A mãe de H. manifesta que é mais fácil quando há irmãos que ajudam e manifesta importante a união familiar no apoio à pessoa doente.</p>	<p>Não foi uma problemática que emergiu nas sessões.</p>

## 2. Fatores de melhoria apresentados pelos familiares

### a. Cumprimento da medicação e tratamento

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Sente-se mais tranquila pelo facto do filho aceitar a medicação: Refere que o filho já não tem sintomas há muito tempo e que compreende a necessidade de tomar a medicação referindo que inicialmente “quando tomava aqueles medicamentos...sentia-se preso...e eu dizia se calhar é dos medicamentos...tens que dizer à medica...ele dizia que não...”dantes fazia muita ginástica...e agora parei...e natural que me sinta assim...vou para o ginásio outra vez”.</p> <p>Reconhece os progressos do filho com a toma da medicação: A mãe do O. refere que inicialmente com o tratamento estava muito parado, isolado, mas depois ouvindo o que os técnicos de saúde lhe foram dizendo, que era um processo lento, hoje reconhece que sim, é um processo lento mas que as mudanças procura observá-las não de um dia para outro, mas de um mês para outro ou de um ano para outro: <i>“em vez de olhar para a maneira como ele estava ontem e não ver melhoras...não penso no dia de ontem...penso no mês anterior ou...no ano anterior...e realmente há coisas que eu...no dia-a-dia não dou por isso...quem tem filhos não os vê crescer...comecei a olhar e disse “nota-se progressos”...é como se fosse a tal evolução lenta...no caso dele não foi assim tão lenta...não foi assim tanto tempo...”</i>.</p> <p>Andou em vários cursos, acabando por fazer o curso que idealizava. Mas para esta mãe este percurso deveu-se ao facto de cumprir a medicação, referindo que também no passado o abandono da medicação aconteceu e só com a administração da medicação injetável é que ficou uma pessoa “normal”.</p> <p>E que neste momento ele responsabiliza-se pela medicação: <i>“mesmo sendo um injetável de 3 em 3 semanas e quando viaja ele leva a medicação com ele mostrando preocupação pela toma”</i>, o que deixa a mãe mais tranquila.</p> <p>A mãe refere que ele hoje ele cumpre a medicação e com isto já começa a ser pontual, e que agora já consegue ir a um local sem voltar para trás, reforçando estes pequenos ganhos do dia-a-dia. Esta mãe reconhece melhorias e mostra alívio pelo facto do filho estar estabilizado.</p> <p>Reconhecimento da importância do tratamento numa instituição para a melhoria do doente: considerando que será uma ajuda e um treino, treino de competências sociais, pessoais e por</p>	<p>É reconhecida a importância da toma da medicação: De cada vez que deixava de tomar a medicação “fazia um surto”sic; É agressivo e que fica mais controlado com a medicação; “Toma sempre a medicação, tem uma vida estabilizada”sic</p> <p>“Só melhorou depois da injeção”sic</p>



outro lado reconhece que neste espaço vai confronta-se com outras pessoas que já tiveram outros percursos de drogas considerando que essa partilha de experiencias o poderá ajudar. Nestes 9 meses que teve no H. Dia mãe refere que houve duas coisas que ambos (mãe e filho) adquiriram: a diferença entre quem está medicado e quem não está medicado (capacidades, etc) e o filho aceitou a medicação e outra são os exercícios e praticas que os doentes têm: manifestar o que sentem “o que lhes vai na alma”sic, expressar sentimentos. Este aspeto a mãe destaca como uma mais valia.

b. Ter rotinas, uma ocupação, ter um emprego

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>A mãe do O refere que é importante que as pessoas com estas doenças se sintam uteis, que tenham objetivos e que no caso do seu filho, mesmo com a crise de emprego e a maior possibilidade de não ter emprego, procurou manter-se a estudar e <i>“realmente encontrou um objetivo...não quer dizer que quando acabar o curso que as coisas corram assim, mas se calhar já ele estará com outra mentalidade...”</i>, mantendo a ambição por concluir os estudos.</p> <p>A mãe do HE refere que este ficou um fim-de-semana só com o pai e quando a mãe chegou a casa tinha a cozinha arrumada, manifesta sentir-se contente e mais tranquila por ver o filho a responsabilizar-se por pequenas coisas: <i>“é o HE que vai com a cadela à rua”</i>.</p> <p>A mãe do J destaca as rotinas durante a permanência no hospital de dia como fundamental para as pessoas doentes: criar rotinas era um aspeto muito trabalhado.</p>	<p>Importância de ter uma ocupação: gostava que se ocupasse mais “agora deixou o ginásio”.</p> <p>Os pais de F reconhecem a importância de se manter autónomo, ter o seu emprego e a sua casa.</p>

c. Acreditar na melhoria da pessoa doente, reconhecendo e valorizando os pequenos progressos

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>Refere que o HE manifesta que está estável e controlado, referindo que sai muitas vezes com um amigo, viaja para outros países com amigos e está a trabalhar na área que gosta, referindo que a doença está controlada o que faz com que esteja funcional.</p>	<p>O pai de F. demonstra que com a toma da medicação o filho ficou mais estável e neste momento encontra-se empregado e a viver sozinho.</p>

Referiu, a mãe do O.: “valorizar pequenas coisas.	
---	--

d. Apoio especializado ao familiar e doente (ex: psicólogo, frequentar um grupo de apoio)

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Manifesta que no grupo as pessoas se compreendem de uma forma diferente pelo facto de terem coisas em comum e conhecimento de causa: “quem não passa, não sabe”sic.”não sabe...nem sonha muito menos...ainda bem...por um lado ainda bem porque estão fora destas situações, mas quem esta...precisa de muito apoio.</p> <p>A mãe de HE refere que este também a questiona da vinda ao Hospital para o grupo e esta responde-lhe que vem porque também precisa de ajuda e que em grupo fala-se e discutem-se os problemas que as pessoas têm.</p> <p>Identificação da necessidade de acompanhamento por psicólogo no processo de doença dos filhos: 3 familiares (mãe de M. mãe de O. mãe de J.)</p> <p>Refere que o filho teve em Dez 98 o 1º surto e no ano seguinte a mãe procurou ajuda de uma psicóloga que a acompanhou durante 8 anos...“se estou aqui devo ao discernimento que tive na altura e tinha capacidade económica, pois paguei do meu bolso...e digo-lhe foi o melhor investimento da minha vida”sic. Manifesta o quanto foi importante para si este acompanhamento: “aprendi a conhecer-me”.</p> <p>A mãe de M, refere que também pediu ajuda e foi acompanhada (2 anos) e que considera que foi muito importante sobretudo para conseguir verbalizar “as coisas de uma maneira diferente”sic., dizendo as coisas de forma afetiva, mas ao mesmo tempo fazendo um desligamento emocional: “tendo a força para dizer...assim, isto tem que ser assim...e sem proteção, mas também sem raiva, porque a raiva destrói”sic. tentar saber comunicar: “eles têm que perceber que nós gostamos deles”.</p> <p>“aprendemos muito com as outras pessoas e com os nossos filhos, neste caso um pouco à força, mas temos que aprender, e mesmo assim não deixa de ser complicado mas é mais fácil de gerir se tivermos mais fortalecidos”, reconhecendo que isso consegue-se nas sessões de Grupo de Suporte Familiar, mas também com uma ajuda psicológica individual.</p>	<p>Reconhecimento do apoio da USMC: este apoio ao nível da comunidade que está a ser dado ao seu filho tem sido fundamental para que ele mantenha o tratamento e se mantenha estável na doença.</p>

e. A existência de comentários positivos

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
É reconhecido por alguns elementos do grupo a importância da existência de comentários positivos: A mãe de H. diz que frequentemente lhe diz: <i>“que menino bonito...hoje lavas-te o teu pratinho...hoje arrumas-te a cozinha”</i> sic., manifestando que é importante o reforço pelos comentários positivos.	Através do ensino foi reforçada a importância da existência de comentários positivos. Não existiu por parte dos pais manifestações dessa necessidade.

f. Calor afetivo

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Mostrar sentimentos: manifesta que é divorciada, mas que mantém uma relação próxima com os ex-sogros e preocupa-se com eles e um dia disse ao filho para lhes dizer que se necessitassem de algo lhe telefonassem e neste momento descreve, que as lágrimas lhe caíram, mas é importante que a pessoa doente possa sentir isso.</p> <p>Mostrar afetos: A mãe de M, refere que também pediu ajuda e foi acompanhada (2 anos) e que considera que foi muito importante sobretudo para conseguir verbalizar <i>“as coisas de uma maneira diferente”</i>, dizendo as coisas de forma afetiva, mas ao mesmo tempo fazendo um desligamento emocional: <i>“tendo a força para dizer...assim, isto tem que ser assim...e sem proteção mas também sem raiva, porque a raiva destrói”</i>, tentar saber comunicar: <i>“eles têm que perceber que nós gostamos deles”</i>.</p>	Importância do afeto do filho: no início da doença o seu filho perdeu os afectos, referindo que nessa altura foi assaltada e o filho ficou indiferente, mas agora é muito afetivo e procura o afeto da mãe.

## 2. Reforços/ recursos:

### a. Identificação de atividades que dão prazer e bem-estar aos familiares

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
No Grupo de Suporte Familiar, ao longo das sessões que assisti, não houve manifestação por parte dos familiares sobre atividades que lhes dão prazer.	No grupo psicoeducativo, demonstradas na primeira sessão, algumas atividades que os familiares se dedicam são: caminhadas, ficar com as netas (filhas da outra filha), de ler, ir ao cinema, jardinagem, pilates, hidroginástica, leitura, pintura, tricô, tapeçaria, caminhadas, ler, almoçar com amigo.

### b. Identificação de pessoas de referência/ suporte

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
No Grupo de Suporte Familiar, ao longo das sessões, apercebi-me que os cuidados são centrados no cuidador familiar (que assiste ao grupo) e que as fontes de suporte, quando existem, são maridos, esposas, outros filhos (irmãos) e ex-sogros. As pessoas de suporte identificadas são pessoas que vivem na mesma habitação ou tem uma relação de grande proximidade com o familiar da pessoa doente.	No grupo psicoeducativo estas apresentam como pessoas de suporte: marido, outros irmãos da pessoa doente, amiga, vizinha e médicos e enfermeiros.

## 3. Conhecimentos demonstrados pela vivência de anos com a doença do familiar

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
No Grupo de Suporte Familiar denota-se que o conhecimento da pessoa doente a vivência de anos com a doença do familiar se traduziu em conhecimento como o reconhecimento dos sinais/ sintomas de recaída, o reconhecimento da importância de aprender a comunicar e impor limites, da importância do tempo, o reconhecimento dos pequenos progressos,	No grupo psicoeducativo os familiares demonstram conhecimento sobre os sinais/ sintomas de recaída e também estes ao longo da vivência de anos com a pessoa com doença mental demonstram ter criado estratégias para a convivência com a pessoa com doença mental.

conhecimento de associações de apoio. Denota-se pela partilha efetuada que existem algumas estratégias criadas para lidar com a pessoa com DMG.

#### 4. Dificuldades que percebi pela minha vivência no grupo:

##### a. Sobrecarga objetiva e subjetiva

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
<p>Cansaço e exaustão e dificuldade em ouvir o grupo: <i>“não me façam essa conversa...é que eu fico cansada...desculpem lá...porque são muitos anos...eu já andei na alcoologia, nos familiares do ALANON, eu já andei noutros grupos...por isso, os procedimentos eu sei...o que se deve fazer...e estou muito melhor...acho eu...”</i>.</p> <p>Sofrimento pela necessidade de internamento do filho: no seu caso foram necessários dois internamentos manifestando o quanto sofreu por o ver nessa situação: <i>“e só eu é que sei ver darem a injeção ao meu filho e ele ficar a dormir...”</i>.</p> <p>Desacreditada pelo filho não apresentar melhorias: A mãe do H mantém-se desacreditada sentindo que o filho não apresenta qualquer melhoria.</p> <p>Viver em constante tensão: <i>“que menino bonito...hoje lavas-te o teu pratinho...hoje arrumas-te a cozinha...isso não quer dizer que uma vez ou outra não falhe...uma vez ou outra...porque também é um viver constante...de tensão”</i></p> <p>Cansaço: <i>“o que eu acho...da minha parte...eu estou extremamente cansada do complexo todo...da situação toda... e ele diz-me assim “eu não mudo...a mim ninguém me muda...e os médicos não têm razão...”</i>, <i>“eu inclusive paguei ao meu ex-marido para andar a tomar conta dele”</i></p> <p>Dificuldade de comunicação com o filho pelo cansaço/ exaustão: eu digo assim: <i>“H. tu podes fazer a vida que queres opá não me chateies...epá entras em casa...entras em casa para o teu quarto...no teu quarto conversas..., queres beber, bebes...tu achas que deves beber...bebes...agora não venhas e para casa chatear ninguém”</i>.</p> <p>Reconhecimento que enquanto família também adoecem: Demonstra que quando os familiares estão internados os cuidados centram-se neles, <i>“mas nós também ficamos doentes, essa é que é a verdadeira verdade”</i>, pelo facto de não ser fácil conviver com a pessoa doente com este tipo</p>	<p>Neste grupo denota-se a sobrecarga subjetiva quando um dos pais manifesta: <i>“passou-se mais um dia...passou-se menos um dia para a morte”</i> sic.</p> <p>A sobrecarga objetiva: Uma das mães manifesta que embora o filho trabalhe é ela que paga todas as despesas em casa.</p>

de características: *“eles passam por fases diferentes e há que saber agir nos determinados momentos, da melhor maneira que soubermos”*.

Sobrecarga objetiva: Reconhece, que enquanto familiares necessitam de muito apoio, uma vez que têm a necessidade de se manter a trabalhar, e com as obrigações pessoais e sociais e com a doença *“as coisas tornam-se muito difíceis, mesmo”*.

Alívio pelo internamento do filho: Procura racionalizar sobre a decisão do internamento, como a melhor decisão que poderia ter tido: *“hoje sei como é que estou...e sei como é que o meu filho está...e acho que foi a melhor maneira...de sobreviver...eu e ele...e a irmã...todos”*. Refere que está mais tranquila por ele estar mais estável e livre das drogas.

Depressão em consequência da doença do filho: teve uma depressão *“porque depois...logicamente...estas coisas...não matam...mas moem...”*, tendo estado em casa dois meses sem trabalhar: *“não conseguia sair da cama...uma coisa que eu nunca pensei na minha vida...mas também me aconteceu...”*.

Revolta/ cansaço pelos sintomas da doença: manifestar a revolta pelo facto das manifestações da doença serem negativas *“é tudo para o torto...tudo para fazerem o contrario do que se diz...violências...”*.

Dificuldade em se desprender do filho que era e que agora não é o mesmo: O pai reconhece que a sua postura esta relacionada com o facto do dinheiro que ele tinha desapareceu, gastou-o, referindo que na fase eufórica gastou o dinheiro em livros e tecnologia, viagens. Manifesta que nessa altura já vivia sozinho uma vez que a pessoa que vivia com ele já o tinha deixado: *“a miúda já tinha ido embora...fugiu dele...ele não se conseguia aturar”* O pai refere que associado a isto despediu-se, mostrando angustia pelo facto de agora não ter direito a nenhum subsidio: *“não tem nada, zero”*.

Angustia por se ver sem soluções para o seu filho: *“ele não vai aceitar a doença e é o fim”*.

## b. Sobreenvolvimento emocional

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
Culpa por ter permitido o internamento do filho: <i>“depois aconteceu aquilo ao O., e eu sem saber se...no fundo o internamento...eu fi-lo passar pelo internamento...alias foi ele que o</i>	Manifestam a necessidade de controlo sobre o filho doente e quando o filho tem mais autonomia,

<p><i>originou...porque foi ele...ele é que quis vi...não se sentia bem...mas...o facto de eu ter permitido que ele ficasse internado e não ter dito...não...não fica internado”.</i></p> <p>Envolvimento: <i>“eles estão aqui...nós também...e às vezes as coisas tornam-se completamente insustentáveis...é muito violento para eles e para nós...porque eles não têm a consciência de muita coisa...não têm discernimento e nós estamos envolvidos de uma tal maneira...que quase não conseguimos respirar”.</i></p>	<p>demonstram angustia e preocupação por não conseguirem ter domínio sobre os possíveis comportamentos do filho.</p>
---	--

- c. Superproteção: superproteger porque tem a doença, que pode levar a substituir e ao controlo total sobre a pessoa doente.

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>A mãe de P. refere que ele está bem, mas que continua a não ter horas para dormir e se tem um dia de folga, dorme todo o dia e tem pouca vontade de comer. A mãe pediu ao filho para voltar (vive em Inglaterra com a irmã) porque acha que as coisas não estão a correr bem, mas ele recusou. A mãe refere que ele está muito magro por não comer.</p>	<p>Manifestam dificuldade em impor limites por receio da recaída. Há também manifestações de por vezes se subjugarem ao comportamento dos filhos para não o contrariar uma vez que há uma associação com a recaída.</p>

- d. Criticismo (alta critica sobre comportamentos considerados desajustados do familiar doente)

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
<p>A Mãe do RO questiona a mãe do H como bebe álcool e toma medicação, mostrando que são incompatíveis. E a mãe do H reconhece isso, no entanto diz que o filho não compreende isso e embora esteja a ser seguido no CRAS mantem-se a beber bebidas alcoólicas, manifestando que deveria ser obrigado, mostrando revolta por o filho não aderir ao tratamento.</p>	<p>Não existem manifestações por parte dos familiares de crítica agressiva por comportamentos desajustados da pessoa doente.</p>

e. Hostilidade

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
Refere que o HE tem maior predisposição para fazer mal a si mesmo. A mãe do H interpela e refere <i>“antes a ele próprio que aos outros”</i> , mostrando exaustão e mesmo desinteresse pela segurança do filho.	Neste grupo não foram transmitidos pelos familiares situações de hostilidade para com a pessoa doente.

f. Necessidade de controlo do familiar doente

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
Mostra desespero, angustia e ansiedade por não conseguir controlo sobre o comportamento imprevisível do filho <i>“e fazia 10 a 12 km a pé até ao mar”</i> sic <i>“o que faco? prendo-o, agarro-o, telefono para quem? O que é que tenho que fazer?”</i> <i>“ele quando lá chegasse podia fazer o que quisesse”</i> <i>“e eu mandava outras pessoas para lá ir...para não me conhecer...mas era um inferno...ele chega lá às arribas e o que é que faz? nunca sei...ainda mais nesses casos”</i> . Mostra-se frustrado por não conseguir que o filho não o obedeça: <i>“não tem regras...não tem comportamentos adequados...”</i> .	Existe por parte do familiar a necessidade de controlar a pessoa doente e denota-se que quando não existe um controlo apertado por parte dos familiares, pela maior autonomia da pessoa doente existe uma grande stressse associado ao facto de não controlarem os comportamentos do familiar: o pai de F mostra que o seu filho tem o seu emprego, a sua própria casa, e uma vida mais autónoma, mas que vive em constante preocupação com o medo de, pela distância não identificar sinais de recaída e com isto o filho abandonar o emprego e desorganizar a sua vida.

## 5. Forma de intervenção dos familiares no grupo

Grupo de Suporte Familiar	Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG
No grupo de ajuda, com atenção, sentido crítico e respeito pelas problemáticas apresentadas, o grupo transmitia o seu sentir de acordo com as suas vivências, existindo muita identificação com os casos apresentados procurando que cada um perceba que não está sozinho nos seus problemas e transmitindo esperança na melhoria, uma vez que também eles verificaram e viveram essas melhorias.	No grupo psicoeducativo, mais com um cariz educacional, informativo, as questões eram dirigidas mais aos profissionais de acordo com as problemáticas de cada sessão. Não senti de uma forma tão intensa a interação do grupo na procura de respostas e embora existisse o espaço para a partilha de experiencias e vivencias e o processo de identificação com os problemas expostos.



## 6. Modo como o enfermeiro (os) geriu (am) o grupo

<b>Grupo de Suporte Familiar</b>	<b>Grupo Psicoeducativo para Familiares de pessoa com DMG</b>
No grupo de ajuda, este foi dinamizado por um enfermeiro especialista de saúde mental que para além da presença de suporte, procura esclarecer algumas dúvidas e funciona como moderador de forma a tornar perceptível para o próprio e para o grupo as dúvidas, e os sentimentos que emergem, para além de uma ação formativa nos sintomas da doença, no tratamento, nas formas de comunicação de acordo com os problemas que emergem de forma espontânea do grupo.	No grupo psicoeducativo, dinamizado por duas enfermeiras especialistas de saúde mental que funcionaram em co-terapia, com uma vertente de base educativa, procurou-se que os familiares apresentassem as suas vivências, duvidas, preocupações relativamente à temática abordada em cada sessão. Procura-se de uma forma organizada dar formação aos familiares sobre a doença, o tratamento, a forma de comunicação, conhecer os recursos que estão ao seu dispor na ajuda com a pessoa com doença mental e familiares.

## **Apêndice 8**

Jornal de Aprendizagem

## REFLEXÃO SOBRE A EXPERIENCIA DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

### ***Reflexão sobre uma nova perspectiva: a substituição do doente pela valorização da autonomia e escolhas do doente***

O trabalho durante 10 anos em unidades em que o grau de dependência nas AVD'S é na maior parte do tempo, total, fez com que a minha resposta perante as suas necessidades afetadas fossem as que eu considerasse ser as melhores. No trabalho em UCI, quando não existe por parte do doente qualquer manifestação de vontade face ao que é melhor para si, faz com que eu, como enfermeira procure, com base na melhor evidência científica, saber e fazer o que é melhor para o doente. Considero que seja uma característica importante quando o doente não consegue ter qualquer manifestação de vontade (num momento crítico), mas o que me levou a fazer esta reflexão foi uma avaliação da minha postura como enfermeira numa fase em que o doente já pode manifestar a sua vontade, em que descobri a minha dificuldade em não substituir o doente nas suas necessidades afetadas, mas sim em ajudá-lo a cumprir a sua vontade, de acordo com as suas reais necessidades, só assim mostrarei o respeito pela autonomia do doente. Este foi especto que identifiquei que tinha quando entrei no S. Psiquiatria, onde observei, a postura diferente dos enfermeiros, que, estimulam os doentes na satisfação das suas necessidades, com apoio, não os substituindo e desta forma compreendendo melhor as suas vontades e as suas verdadeiras necessidades, promovendo a sua autonomia, valorizando-os enquanto pessoas diferentes dos demais, potenciando os seus recursos. Por outro lado, apercebi-me que muitas vezes a minha prática me leva a decidir o que é o melhor para o doente e o confronto com aquilo que o doente considera que é melhor para si, tornou-se numa fase inicial numa fonte de angústia e impotência. Senti sobretudo isso na situação do estudo de caso que realizei na USM Comunitária em que apesar da equipa ter enveredado recursos e opções para o doente, este não os aceita e mantém a relação de permanente conflito com a família sendo expulso de casa e vivendo dias na rua. Vivi durante algum tempo em conflito entre o que eram os meus valores, princípios e vontades com o que eram as vontades e necessidades desta pessoa doente e família. A equipa ajudou-me a perceber que as vontades e necessidades da pessoa doente e família têm que ser respeitadas, mesmo colidindo com os nossos

próprios valores, crenças sobre o que seria melhor para aquela pessoa doente e família.

## O PROCESSO DE AUTOCONHECIMENTO

Não é fácil para mim fazer uma reflexão que me permita olhar-me interiormente... e como tenho tendência a fazer o que é mais fácil, vou querendo conhecer o outro quando nem conheço aquilo que vai bem dentro de mim. É mais fácil agir de acordo com o que esperam de mim, de tal forma que tenho tendência a acreditar que é essa a minha forma de ser.

Como enfermeira é uma preocupação constante saber tudo sobre pessoa a quem presto cuidados, mas o quanto é que eu sei de mim mesmo? Afinal será que sou aquilo mesmo o que pareço ser? Consigo reconhecer que o autoconhecimento faz parte de um processo para toda a vida, isto significa que não há um momento em que podemos parar porque já nos conhecemos o suficiente, há sempre o que descobrir, pois este requer uma constante autorreflexão, uma vez que nos estimula a manter contato profundo e significativo com o meu eu mais verdadeiro. Procurei ouvir o que podia chamar do próprio silêncio. Mas quantas vezes procuro ouvir-me, e acabo por desistir e ignorar aquilo que sinto por permitir que outras preocupações me desviem do meu foco? Ou mesmo porque existe o receio de se transformar em maior inquietação e sofrimento? Procurei manter este exercício, de forma a abandonar o medo de olhar para dentro de mim.

Procurei desenvolver o meu processo de autoconhecimento utilizando várias situações que vivi durante este estágio através de conversas comigo própria, identificando os sentimentos nas diferentes situações que vivi, tentando não reprimir sentimentos, principalmente os negativos. Identificar a necessidade da busca por reconhecimento, aprovação e agradar, procurando aprender a dizer "não posso, não quero, não vou, não sinto" ou ao menos identificar quando senti vontade de o dizer não mas não o consegui. Procurei manter-me flexível, de forma a obter uma maior visão de mim mesmo, do mundo, das pessoas, mantendo a humildade uma vez que para mim, compreender o processo de autoconhecimento é saber que "não sabemos nada", e temos muito que aprender, e "o pouco que sabemos", devemos doar àqueles que ainda não sabem sequer esse pouco, questionar as crenças que me foram transmitidas como verdades absolutas e desta forma tentando libertar-me das prisões da ignorância sobre mim mesmo. Aprender a ouvir os meus próprios desejos, sentimentos, enfim, minha própria voz, ouvindo a intuição e procurando compreende-

la. Procurar controlar as emoções, pois são para mim mais fáceis de identificar e reconhecer as “máscaras” e continuar a usá-las, porém tentando fazê-lo de forma consciente. E com dificuldade, procurando dizer mais não aos outros do que a mim mesmo. Transformar as culpas em responsabilidades procurando sentir paz interior.

Depois questiono-me: Qual o benefício de tanto trabalho? E penso que provavelmente me traga menos conflito, menos culpa, menos arrependimento, menos mágoa. O autoconhecimento permite-me perceber tudo que preciso transformar, uma vez que sei que desta forma procuro aumentar a minha consciência sobre os meus potenciais adormecidos, para que possa vir a ser aquilo que sou em essência.

No entanto, este processo é cheio de altos e baixos: ora nos sentimos fortes, ora extremamente frágeis, é importante a sinceridade com que aprendo a lidar com ambas as situações, uma vez que acredito que é isto que me levará a sentir-me viva internamente.

Exige também uma autoavaliação constante, voltar-me para mim mesma e perceber as minhas qualidades, meus defeitos, meus limites, o que me perturba, o que liga o meu sinal de alerta, o que me deixa insegura, enfim, abrir as portas para fazer todas as perguntas possíveis e encarar todas as respostas. Consigo isso através de uma observação minha constante no dia-a-dia. Procurar perceber a minha atuação na interação com os outros e os meus sentimentos nas pequenas coisas, investigando dentro de mim mesmo e procurando escutar cada detalhe da minha personalidade. Através deste processo procuro, não só o meu desenvolvimento, enquanto EESMP, mas enquanto pessoa em vários aspetos:

- Controlar as minhas emoções: entender o que estou a sentir, por que reagi daquela forma, que comportamento me trará de resultados.
- Fomentar a minha independência: o reconhecimento das minhas habilidades e fraquezas permite-me defender melhor, e, em algumas situações, permitir-me ficar imune à opinião de outros, impedindo a manipulação.
- Contribuir para a manutenção da minha autoestima: da mesma forma que admitindo os pontos negativos, investindo no autoconhecimento também tomo consciência do que tenho de positivo.

- Respeito pelos meus limites: tornou-se mais fácil saber até onde ir, acreditando na minha capacidade sem ultrapassar o que me é inaceitável numa relação com o outro.
- Predisposição para a mudança e a minha evolução: a disposição para me olhar com verdade cria mais hipótese de não desculpar os meus erros, e sim aprender com eles. A partir daí, buscar as razões dos deslises, procurando decifrar os sentimentos que estavam por trás deles e de certa forma evoluir.

As pessoas com que me cruzei durante este estágio foram sem duvida muito importantes neste processo, os colegas enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e outros profissionais como psiquiatras, psicólogos, mas sobretudo os doentes e famílias e/ou pessoas significativas. Mostraram-me sobretudo que a história de vida e os seus problemas despertam em mim sentimentos de angústia...impotência...tristeza...esperança. Muitas vezes percebi a minha fragilidade na fragilidade do outro...perceber-me na relação com o outro, o que o outro me faz sentir, tomar consciência dos meus sentimentos na relação com o doente ou familiar foi muito importante por um lado para conseguir compreender melhor o outro e por outro lado para perceber que aquilo que eu estava a sentir, ou não poderia passar para a relação ou teria que ser bem equacionado se poderia acontecer. É um trabalho constante, nem sempre conseguido, mas reconheço como muito importante no estabelecimento de uma relação que se pretende terapêutica.

## **EU NA RELAÇÃO COM O OUTRO: O PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA**

A situação que descrevo passou-se durante uma das sessões de psicoterapia de grupo que tive oportunidade de assistir como observadora na USMC:

Enquanto o observava e ouvia atentamente a intervenção de um dos elementos do grupo comecei a sentir uma angústia, um nó na garganta, náuseas, apetecia-me sair dali, não me apetecia ouvir o que ele estava a dizer, controlava-me para não chorar compulsivamente que era o quem mais me apetecia nesse momento.

### ***O que aconteceu***

Enquanto P. contava o seu problema, esta angústia que me impossibilitava de o ouvir na sua versão (de ver o problema sobre o seu ponto de vista) foi o facto de ter vivido um problema pessoal e com o qual me estava a identificar com o utente em vários aspetos. Deixei de conseguir ouvir o utente, só me conseguia ouvir a mim mesma, e estava ofuscada com pensamentos que me debatia por controlar e não estava a conseguir. Procurei não mostrar através do não-verbal o que estava a sentir, tentei-me controlar. Procurei deixar de ouvir os pensamentos que me bombardeavam e não estava a conseguir...apetecia-me sair dali, estava demasiadamente mal para o conseguir ouvir. Reconheci este fenómeno de transferência desde logo, mas não o consegui controlar. O único aspeto que ajudou foi o facto de estar como observadora e não ter que me manifestar foi muito importante, uma vez que naquele momento, se tivesse que intervir, não o conseguiria, ou sei que se o fizesse não iria ser assertiva.

Esta situação mostrou-me que tenho um problema que ainda não consegui resolver e com o qual tenho muita dificuldade em viver e de como este problema ainda influencia a minha vida e as minhas relações e interações com os outros.

Assim que acabou a sessão falei com a psicóloga e esta deu-me suporte referindo que é um fenómeno que pode acontecer com frequência e que é necessário ter consciência do mesmo para não interferir na relação terapêutica. Relembrou-me que seria um problema que voltaria a ser falado por P. nas próximas sessões, para que eu tomasse consciência de como me iria sentir com isso.

Achei que era importante escrever sobre o que aconteceu, como me senti, de forma a tentar racionalizar o problema e pensar sobre tudo o que aconteceu, uma vez



que foi com uma intensidade avassaladora, não me lembro de me ter acontecido algo semelhante.

### ***O que é este fenómeno de transferência e contratransferência?***

De acordo com Alves (2014), transferência são as projeções relacionadas a reações emocionais do doente, dirigidas ao profissional de saúde. Este fenómeno não possui um carácter só positivo ou só negativo, e sim consiste na recriação dos diversos estágios do desenvolvimento emocional do doente ou reflexo de suas complexas atitudes. A transferência e contratransferência são fenómenos que estão presentes em toda a relação interpessoal, inclusive na entrevista. É uma projeção do emocional do paciente dirigida ao profissional de saúde, de maneira mais simplificada, bem como o próprio nome sugere algo é transferido para alguém, dizemos que transferência parte sempre do doente em direção ao profissional de saúde.

Alves (2014) refere que a transferência emerge do contato emocional dos doentes com a situação que descreve e por se tratar de uma relação dinâmica, é algo vivo. Por outro lado, a transferência leva o técnico de saúde a apresentar uma resposta emocional frente ao doente. É preciso destacar que esse encontro envolve duas pessoas, duas vivências. Desse relacionamento surgirão afetos, sentimentos, vivências inconscientes que vão engendrar mutualidade, tratamento relacional que está inserido no âmbito da intersubjetividade.

Para Alves (2014) Freud foi o primeiro a identificar e descrever o fenómeno da contratransferência, que é um fenómeno atua como um impedimento à compreensão, sendo um obstáculo a ser removido, pois nada mais é que uma resistência inconsciente do profissional de saúde ao que está a ser transmitido pelo doente e, ocorrendo uma reação emocional, bloqueia o progresso da relação. Freud mesmo não elaborando uma teoria sobre o assunto, acreditava que a contratransferência é a resposta emocional do técnico de saúde aos estímulos apresentados pelo doente.

Por isso Alves (2014) conclui que a transferência são as projeções relacionadas a reações emocionais do doente, dirigidas ao profissional de saúde e a contratransferência é o fenómeno onde o profissional de saúde dirige ao paciente suas reações emocionais. A transferência e contratransferência são fenómenos que estão presentes em toda a relação interpessoal, sendo importante que o profissional de saúde esteja atento à possibilidade da sua ocorrência.

***O que aprendi?***

Esta situação foi para mim de grande aprendizagem uma vez que me mostrou de como eu, como instrumento terapêutico, posso falhar quando tenho dificuldade em gerir os meus próprios problemas, crenças, atitudes... Despertou-me de como isto pode influenciar a interação, uma vez que se eu integrar os problemas dos outros nos meus, eu não os conseguirei ajudar a encontrar as suas próprias soluções.

Aprendi a ter consciência de que um problema meu pode influenciar a minha relação e interação num processo terapêutico. Pensar e tornar isso racional, não vai resolver o meu problema, mas fez-me ter consciência de que o tenho e de que isso pode influenciar a interação com o outro e o tomar consciência disso, ajudar-me-á a que de futuro este meu problema não influencie a minha relação terapêutica com o outro. Por outro lado, apercebi-me que na relação tenho que estar consciente das minhas crenças, atitudes, preconceitos uma vez que também estes podem influenciar a relação terapêutica.

**Referencias bibliográficas:**

Alves, B (2014). O fenómeno de Transferência e Contratransferência para Psicanálise. Acedido a 12/02/2016. Disponível em: <http://www.artigonal.com/psicoterapia-artigos/o-fenomeno-de-transferencia-e-contratransferencia-para-psicanalise-7011865.html>

**A comunicação, a entrevista, o processo de resolução de problemas e a relação de ajuda como meios fundamenais na Relação Terapêutica**

Ao longo do meu estágio, percebi pela observação da interação da pessoa doente e família com os profissionais que para o estabelecimento de uma Relação Terapêutica que se pretende são necessárias quatro vertentes que se interligam: a

comunicação, a entrevista, o processo de resolução de problemas e a relação de ajuda.

De acordo com Chalifour (2008) a relação de ajuda manifesta-se pela comunicação verbal e não verbal que se estabelece com o doente, que pode assumir formas muito diversificadas, cabendo ao enfermeiro certificar-se da sua eficácia.

A comunicação é o veículo privilegiado da interação entre as pessoas. Para Phaneuf (2005) são insuficientes para a compreensão global das pessoas as manifestações verbais, devendo-se também conjugar as não verbais (a postura, a expressão do olhar, os gestos e as atitudes) e os comportamentos para-verbais, que reforçam ou substituem as palavras (tom de voz, o soluço, o choro) e permitem a resposta ajustada a cada situação.

Para se estabelecer uma relação terapêutica é necessária a existência de confiança do doente no técnico que tem à sua frente, e esta relação de confiança pode começar por se estabelecer logo na primeira abordagem ao doente, quando nos apresentarmos e introduzirmos um tema de conversação, para depois ir avaliando a receptividade dele à relação que se começa a estabelecer. Aqui há que dar especial atenção ao que o doente nos quer transmitir de forma não verbal, devemos também ter em atenção os nossos próprios comportamentos não verbais, pois os outros acabam por ter mais consciência deles do que nós, podendo vir a ser impeditivo que se estabeleça uma relação terapêutica com o doente.

Stuart e Laraia (2001) definem três principais aspetos de relevância da comunicação para a prática de enfermagem. Segundo eles, a comunicação:

- É o veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica;
- É o modo como as pessoas influenciam o comportamento de outras, e assim é fundamental para o sucesso de intervenção em enfermagem;
- É o relacionamento em si, porque sem ela é impossível uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.

A disponibilidade para escutar é uma das condições para que o doente se sinta verdadeiramente cuidado, mas disponibilidade requer atenção, interesse, estar com o outro. Para Lazure (1994), escutar é um processo centrado no outro, e implica que o enfermeiro saiba compreender o significado do comportamento e dos sentimentos que lhe expressam.

Segundo Phaneuf (2005, p.157), a escuta ativa "... é um método de condução de entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio de questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos". Stuart e Laraia (2001) dizem-nos que a expressão de sentimentos ocorre quando o doente fala das coisas que mais o preocupam, dando possibilidade que esses sentimentos e experiências sejam explorados durante a relação com o enfermeiro. A expressão de sentimentos permite ao doente libertar as suas emoções, a sua ansiedade, ver-se e ouvir-se a si próprio, organizando o seu pensamento, e deste modo ver de forma mais clara o problema e mais facilmente procurar soluções.

O papel do enfermeiro na promoção do processo de resolução de problemas reside em ajudar o doente a tomar consciência de si, ultrapassando as situações com os seus próprios recursos através de uma reflexão em que se define qual o problema, ponderam-se várias soluções (racionais, emocionais e espirituais), para depois se implementar a solução mais adequada. Se os resultados esperados não forem atingidos, há que rever todo o processo e redefinir estratégias. Com isto, pretende-se que o doente aumente a confiança em si e a sua auto-estima, de forma a conseguir superar futuras situações de crise.

O primeiro passo passa então por definir o problema. Depois, de acordo com Chalifour (2009) resolução de um problema em si desenrola-se em seis etapas:

**1. Orientação geral** - Relacionada com as motivações e disponibilidade do doente, que o leva a encarar que os problemas fazem parte da vida e há que confiar nas suas capacidades para os resolver. Segundo o autor, estudos revelam que as pessoas com fraca capacidade de resolução de problemas são mais impulsivas e impacientes. Cabe ao terapeuta estar atento a estas atitudes para poder intervir.

**2. Definição do problema** - Diz respeito à colheita de dados que irão permitir ver a diferença entre a situação ideal e a desejada. Assim, inibimos a nossa resposta impulsiva perante um problema e avaliamos a situação em todos os seus domínios. Concentramos a nossa atenção no que é importante, determinamos objetivos, identificamos os obstáculos e encontramos atitudes possíveis a tomar. Isto permite-nos formular os diagnósticos de enfermagem.

**3. Inventário das soluções** - Consiste em encontrar as soluções mais adequadas aos problemas levantados, de forma a que agindo sobre as causas os problemas sejam minimizados ou ultrapassados.

**4. Escolha de soluções** - As soluções ideais serão as que vão ter uma acção directa sobre as causas, que podem ser aplicáveis considerando os recursos disponíveis e que solucionarão os problemas. É necessário ter em conta critérios de ordem racional, emocional e valorativos do doente, ou seja, o doente deverá obter mais vantagens do que inconvenientes com a escolha da solução com vista à obtenção de sucesso.

**5. Planificação e implementação da solução** – onde se determina claramente quem fará o quê, quando, como e onde. De forma a que esta planificação seja realista devem ser determinados meios e periodos de avaliação.

**6. Avaliação** - É a altura em que se verifica se os resultados esperados foram os conseguidos e a forma como se obtiveram esses resultados (processo). É nesta fase que o doente se consciencializa da existência de um processo possível de utilizar em muitas situações da sua vida, de forma autónoma – processo de aprendizagem. Este processo "... promove a auto-confiança e a auto-estima e proporciona esperança ..."

(Chalifour, 2009, p.125).

Esta técnica é desenvolvida ao longo de diversos contactos com o doente, nomeadamente em contexto de entrevista possibilitando ao doente processo de tomada de consciência da realidade e de si próprio, e a transferência de recursos externos como suporte na prestação de cuidados (família, amigos, recursos sociais). Estes são os princípios daquilo a que Chalifour (2009) chamou de Terapia de Suporte. Ao longo do desenrolar deste suporte, o enfermeiro tem o papel de tranquilizar o seu doente, conquistando a sua confiança e dando reforços positivos pelos objetivos que vão sendo atingidos. Deverá também explicar, informar, orientar e aconselhar o doente de acordo com o seu saber científico e com as suas necessidades expressas, mantendo sempre o foco na realidade e nos objetivos pessoais do doente. Como Chalifour (2009, p.33) refere, "... a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o doente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do doente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade".

Na opinião de Lazure (1994) uma relação de ajuda deve obedecer a determinadas características, tais como: ajudar o doente a encarar de forma mais adequada o seu problema, valorizar o que a pessoa vive e a dimensão afetiva do seu problema, valorizar mais a situação actual que as ocorridas no passado e enfatizar a

capacidade da pessoa em aprender, compreender e em fazer escolhas de forma independente e significativa para ele próprio.

É necessário o enfermeiro avaliar a pessoa no que diz respeito às suas forças, limites e necessidades, uma vez que o foco desta intervenção está no alívio de sintomas e na modificação de comportamentos, através dos mecanismos de adaptação do doente e de recursos ambientais.

Chalifour (2009), o estabelecimento de uma relação de ajuda tem como objetivos:

- Favorecer a presença de um contacto físico e afetivo.
- Assegurar que o doente se sente compreendido e entendido.
- Estabelecimento de um clima de segurança, calor e respeito.
- Favorecer uma participação otimizada do doente.
- Tornar a experiência relacional com o doente uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para o próprio.
- Utilizar de forma adaptada a experiência relacional para que esta contribua para os efeitos terapêuticos pretendidos
- Em determinadas situações servir de meio psicoterapêutico para melhor compreender as relações traumáticas passadas ou mesmo para as “reparar”.

Por isso, de acordo com Lazure (1994) para estar numa verdadeira relação de ajuda com o doente o enfermeiro necessita de “ter profunda consciência do contacto com aquele que ela incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento, e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade”.

De forma mais visível, durante o internamento pareceu-me que nem sempre a relação de confiança com a pessoa doente é conseguida, para mim fundamental no processo de tratamento. Colocando-me no lugar do doente, provavelmente aceitaria um tratamento que me fosse proposto por alguém que eu confio e esta relação de confiança é que me permitiria manter a medicação mesmo com todos os efeitos secundários associados, uma vez que tinha alguém com o qual estabeleci uma relação de confiança que me diz que é melhor para mim. Verifiquei isto mesmo durante o internamento, em que, um doente apresentou, após o início da toma de um medicamento, efeitos secundários graves. Percebi que uma enfermeira foi a única pessoa com o qual o doente estabeleceu verdadeiramente uma relação de confiança. O doente deixou de confiar nos médicos (foram eles que lhes prescreveram a

medicação) e centrou o tratamento na enfermeira. Era a ele que o doente se dirigia para dar a conhecer as suas dúvidas, anseios, angustias, e que a procurou aquando da mudança da medicação, para que lhe explicasse e de certa forma validasse se era o melhor para ele esta mudança por isso esta situação fez-me refletir sobre o que é isso de estabelecer uma verdadeira relação de confiança e com isto uma relação terapêutica.

Daqui concluo que, o enfermeiro, para o estabelecimento de uma relação terapêutica necessite de ter por base na prestação de cuidados os princípios da relação de ajuda e desenvolva capacidades comunicacionais e a técnica de entrevista de forma a poder dar resposta às necessidades do doente (pessoa doente e/ou família).

### **Referências Bibliográficas:**

- Chalifour, J (2009). – A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção. Lusodidacta, Loures; 2009.
- Chalifour, J (2008). – A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda. Lusodidacta, Loures.
- Lazure, H. (1994) – Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira – Lusodidacta, Lisboa.
- Phaneuf, M (2005). – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência, Loures.
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). – Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas. 6ª Edição, Artmed editora, Porto Alegre.